جامعة الجزائر
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري

-دراسة مقارنة-

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
طايبي نعيمة

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:
مسيلي رشيد

السنة الجامعية: 2006-2007

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

الوالدين الكريمين

أختي عقيلة و زوجها و ابنها رياض

أخي سليم وزوجته وابنته سارة

أخي حسان

كل العائلة و الأصدقاء

نعيمة

شكر

مهما حاول الفرد بذل مجهودات للنجاح في مشواره الدراسي خاصة و في حياته عامة، فهناك من هو في حاجة إليهم يساعدونه و عرفانا مني وامتنانا لكل من ساندني في هذا البحث المتواضع، وأمدني بالنصح وأرشدني لما فيه صواب وأعانني على العمل و التفاني في إنجازه، أقدم تشكراتي الخالصة إلى الأستاذ الدكتور:**"مسيلي رشيد"** الذي أشرف على إتمام هذا البحث بتوجيهاته و نصائحه القيمة، و إرشاده القويم.

كما أقدم شكري إلى كل الأساتذة الذين ساهموا في مشواري الدراسي من الابتدائي إلى الجامعي .

فهرس المحتويات

الجانب النظري

الفصل الأول: التعامل مع الضغط النفسي

الفصل الثاني: أمراض القلب

الفصل الثالث: داء السكري

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهجية البحث

الفصل الخامس: عرض و مناقشة النتائج

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

10	الفرق بين إجابات المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية و المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي	104
11	الفرق بين إجابات المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني والمصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي	105
12	الفرق بين إجابات المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري حول استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي	106

مقدمة:

يهتم النفسانيون منذ سنوات عديدة بالمظاهر النفسية الاجتماعية للأمراض المزمنة التي تنمو عادة بصورة بطيئة، وتستمر لفترة طويلة آخذة مجرى غير قابل للتنبؤ به، من جراء أن المرض المزمن لطالما كان ثابتا كما هو شأن مرض القلب وداء السكري، اللذان يعدان من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في عصرنا الحالي، والتي حظيت باهتمام العديد من الباحثين، و كان نتيجة لهذا الاهتمام أن ظهرت تعاريف وتصانيف عديدة لهذه الأمراض كما عُرفت الأسباب المختلفة الكامنة وراء حدوثها، غير أن اهتمام الباحثين لم يقتصر على الجانب الطبي للمرض فقط، و إنما تعدى ذلك بالبحث عما ينجم عن المرض المزمن من عواقب على الصعيد النفسي، لاسيما و أن إدراك الفرد لمرضه يعتبر بداية لسلسلة من الضغوط النفسية التي تشكل اضطرابا في التوازن أو انقطاع في المسار الطبيعي للعادات التي تجبر الفرد على أن يبحث عن توازن لها، باعتبار أن الفرد كائن يفكر و يشعر و يعطي معنى لكل ما يحدث من حوله، إذ يبدأ مسار الضغط النفسي من خلال الفرد للوضعية على أنها مهددة له، وما يصاحبها من شعور بالقلق والإحباط والخوف من المستقبل، فالضغوط النفسية التي تصيب مختلف الأفراد و بصفة خاصة المصابين بأمراض مزمنة، تتطلب استجابات تكيفية مع المواقف الحياتية وأساليب لاستيعاب الموقف و التفاعل معه في ظل استراتيجيات نفسية يختارها الفرد، وفق ما يشار إليه بـ "أساليب التعامل مع الضغوط النفسية"، التي يوظفها الفرد بهدف التقليل من شدة الموقف الضاغط و استعادة التوازن النفسي و الجسدي على حد السواء.

ومن هذا المنطلق تندرج الدراسة الحالية ضمن الدراسات المقارنة التي تبرز كيفية تعامل كل من المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري مع الضغط النفسي، وهذا من خلال التوغل في كيفية استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

وللقيام بهذا البحث اقتضى الأمر تقسيمه إلى جانبين مكملين لبعضهما البعض أحدهما جانب نظري و الآخر تطبيقي.

استهل البحث بمقدمة وإشكالية حددت الإطار العام للبحث، ثم طرحت مختلف الفرضيات.

يتضمن **الجانب النظري** ثلاثة فصول، تطرقنا في **الفصل الأول** منه إلى التعامل مع الضغط النفسي من حيث تعريفه والنماذج المفسرة له وأنواع استراتيجيات التعامل الضغط النفسي، مستعرضين فعاليتها ومصادرها، و مختلف سلالم كيفية التعامل مع الضغط النفسي.

أما **الفصل الثاني** فقد احتوى على: مرض القلب بشيء من التدقيق في فيزيولوجية القلب وأمراضه، إضافة إلى مضاعفاتها ومسبباتها مستدلين بكيفية الكشف الطبي والتكفل الطبي و النفسي بمرضى بالقلب.

في حين شمل **الفصل الثالث**: داء السكري بتعريفه وتبيان كيفية حدوثه والمضاعفات الناجمة عنه ومسببات كل نوع منه، مستعرضين بوسائل الكشف الطبية والطرق العلاجية و التكفل النفسي بشريحة المصابين بداء السكري.

أما فيما يخص **الجانب التطبيقي** للبحث فقد احتوى على فصلين، خصص **الفصل الأول** منه، لمنهجية البحث من خلال تقديم المنهج المعتمد و تحديد عينة البحث و مكان تواجدها، إضافة إلى كيفية إجراء البحث من أداة و أسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية.

بينما ضم **الفصل الثاني** من الجانب عرض نتائج البحث وتحليلها ومناقشتها على ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة. وأخيرا، ختام عرضنا خاتمة البحث.

الإشكالية:

يواجه الفرد خلال مجرى حياته، أحداث عديدة متتابعة في سياق تجارب مختلفة، بعضها غير مستحبة و تدرك كمهددات كالأمراض و الجروح الخطيرة، التي تؤثر على المعاش النفسي و الجسدي للفرد بسبب الاضطرابات و التغيرات المرتبطة غالبا بفكرة العجز و الخوف من تطور الحالة إلى الأخطر، ذلك باعتبار الصحة النفسية والجسدية قيمة يسعى الإنسان دوما إلى الوصول إليها، والاحتفاظ بها، كما يسعى فاقدها إلى كسبها. **(فيصل محمد الزراد: 1987)**

فبالرغم مما تتسم به الحياة اليوم من ترف و عناية في التنشئة و التربية الصحية والتعليمية، و بالرغم من التقدم الهائل في وسائل الطب الوقائية أو العلاجية، إلا أن هذا لم يمنع انتشار جملة من الأمراض المزمنة المستعصية الشفاء كمرض القلب و داء السكري، اللذان يتطلبان رعاية و علاجا متواصلان، مما يحدث استجابات ليست فقط على المستوى البيولوجي و إنما على المستوى النفسي أيضا. **(محمود السيد أبو النيل: 1994)**

إذ يعتبر مرض القلب من أخطر الأمراض العضوية التي تصيب عضوا حساسا يعمل على ضخ الدم إلى جميع أنحاء الجسم. فإذا ما أصيب الفرد بمرض القلب فهذا يؤثر بشكل واضح على صحته النفسية بالحد من طموحاته و اتساع نشاطاته إضافة إلى ظهور اضطرابات نفسية كالقلق والتوتر والعدوانية والعزلة وعدم تقبل الذات واتهامها. **(Kantasoulis, J : 1961)**

وفي هذا الخصوص بينت دراسة Banger et al (1981) أن المصابين بمرض القلب غالبا ما يميلون إلى الشعور بعدم الأمن و الإطمئنان، كما يبدون تخوفا وميلا للشعور بالعجز وانهيار الثقة بالنفس مما يقيد أنشطتهم وعلاقاتهم الاجتماعية، و يدفعهم إلى تقييم وضعيات الحياة المختلفة كمواقف ضاغطة. **(Grand. F : 1993, p 393)**

وفي هذا المضمار توصلت الباحثة Thomas (1982) إلى أن مريض القلب يعيش حالة قلق دائم، و تهديد متواصل للنوبات القلبية و الجلطة الدموية، وأن 50% من الأفراد يعانون من ضغط شديد. **(فيصل محمد الزراد: 1987)**

وقد يتضاعف شعور الفرد بالضغط و التوتر في حال ما اقترن العلاج الدوائي للقلب بإجراء عملية جراحية، التي من شأنها أن تزيد من حدة الشعور بالخوف وعدم الارتياح علاوة على تعكر نفسية المريض من جراء التفكير في مسألة الموت المحتمل في أي لحظة أثناء أو بعد إجراء العملية الجراحية، و لا تلبث هذه الأفكار أن تتعدى إلى أسلوب حياة المريض و علاقاته مع أفراد عائلته نتيجة لانخفاض قدرته على تحمل الضغط ومواجهته. فقد نشر Roberman (1984) نتائج خلاصة دراسات استقبالية تتمحور حول تقييم توقعات 2320 مصاب خاضعين لمعالجة استشفائية بعد تعرضهم إلى إصابة قلبية، وقد أظهر الباحث وجود عاملين متغيرين يمكن التنبؤ بهما، واللذان يشاركان في نسبـة الوفاة بعد 3 سنوات من الإصابة و هما: العـزلة و الانفـراد عن المـجتمع، اللذان يؤديـان إلى ارتفـاع درجـة الإدراك الـحسي للـضغط الـنفسي الـعالي الشدة. **(Servant, D et Parquet, Ph : 1995)**

لذلك فإن الضغط النفسي و المرض القلبي في تفاعل عموما ، فمن جهة أثبتت الدراسات أن الضغط النفسي بحد ذاته يعتبر عاملا من عوامل الإصابة بالمرض القلبي، ومن جهة أخرى المرض القلبي بـحد ذاته يؤدي إلى الـضغط العالي الشدة نظرا لما يمثله من تهديد خطير و ما يتطلبه مـن تكيف، لاسيما إن تطلب العلاج إجراء عملية جراحية. **(جمعة سيد يوسف: 1991)**

يعد داء السكري، كذلك، من الأمراض المزمنة المستعصية الشفاء، وهو عبارة عن ارتفاع نسبة السكر في الدم بصفة مزمنة نتيجة خلل في أيض السكر يتطلب مراقبة وعلاج دائمين. **(مروان منير مسلوب: 1988)**

غير أنه بالإضافة إلى التعقيدات والمضاعفات الصحية التي يطرحها داء السكري و التي تمس مجمل الأجهزة الداخلية كالاضطرابات القلبية و البصرية و الكلوية، فإنه لا مناص من أنه يشكل وضعية ضاغطة صعبة تنعكس على نمط حياة المصابين به، فمن خلال ما أسفرت عليه دراسة Solonska (1986) من نتائج تبين أن الإصابة بداء السكري من شأنها تشكيل وضعية ضغط تؤثر على مواقف المريض و سلوكه اليومي، وتضعه في موضع مواجهة شبه دائمة، مع صعوبات

في التعامل اليومي مع ظروف الحياة ومع مواقفها المختلفة. كما بينت هذه النتائج أيضا أن لداء السكري مضاعفات على المستوى النفسي، تتمثل في: القلق، سرعة الغضب، التقدير الواطئ للذات، واتخاذ المرض كحجة في التعامل مع مواقف الحياة.

وفي نفس السياق، وبغية الكشف عن مدى معاناة المصابين بداء السكري من الصعوبات النفسية الاجتماعية، أوضحت دراسة Dunber (1974) بأن حالة المصاب بداء السكري تتحسن ظاهريا و هو مع زملائه، و لكن تنتابه في نفس الوقت مشاعر عدم الأمن، فيعيش حالة من التناقض في تكيفه بين الشعور بالمبادأة في الاتصال بالناس و بين الترفع عن ذلك، مما يدفعه إلى الإنزواء فجأة. **(محمود السيد أبوالنيل: 1994)**

وعلاوة على ما يصاحب داء السكري من صراعات ناتجة عن عمليات التغير في بناء الاتصالات و الأولويات، وما يرافق ذلك من تعقيدات ومضاعفات على الصعيد النفسي الجسمي، العلائقي، والمعرفي؛ هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن ضغوط الحياة تلعب دورا بالغا في تعايش المريض ومتابعته للعلاج، و هذا ما أشار إليه Wilson (1976) باعتباره للعلاقة بين داء السكري و العوامل النفسية علاقة وطيدة، موضحا وجود علاقة مباشرة بين مقدار الضغط النفسي و شدته من جهة، و ضبط سكر الدم من جهة أخرى. وهذا نظرا لكون داء السكري مرض جسدي ذو عوامل و تأثيرات نفسية سواء كـان داء السكري من النمط الأنسوليني المعالج بحقن الأنـسولين، أو كـان داء السـكري من النمـط الغير أنسـوليني المـعتمد فـي عـلاجـه عـلى الأدوية والحمية. **(Catallier et d’autres : 1984)**

مما سبق تبين لنا أن أي خلل يصيب العضوية قد يعرقل مجرى و مسار الحياة العادية و يجعل الفرد غير قادر على التوافق النفسي و الاجتماعي، إذ يعيش انفعالات عديدة من ضغط و قلق و توتر، خصوصا حين يعتبر المريض بمرض القلب أو داء السكري مرضه كوضعية حياتية ضاغطة تضطره إلى البحث عن مختلف الطرق التي تؤدي إلى التكيف معها، محاولا مواجهتها بشتى الأساليب و

هذا ما تحدث عنه Selye (1950) وأسماه "**التناذر العام للتكيف**" الذي يتمثل في استرجاع التوازن الأساسي، والتكيف مع الواقع الجديد، باعتبار أن الضغط النفسي مسار متطور يتطلب مجهود للتكيف يكون فيه الفرد مستعدا دائما لتقييمه، بمعنى أن عملية تسيير الضغط لا تعني الاستجابة مرة واحدة فقط للموقف الضاغط المتمثل في الإصابة بمرض مزمن و إنما تعني الإبقاء النشيط على مسار التكيف. إلا أن التقدير المعرفي للوضعية الضاغطة لطالما لعب دورا كبير في اختيار أسلوب و طريقة التعامل مع الضغط النفسي **(Schwob,M : 1999, p10)** وهذا ما تطرق إليه Lazarus (1984) فبغية التكيف يلجأ الفرد بعد تقديره لقدرته على التحكم والتنبؤ بالوضعية الضاغطة إلى استعمال أسلوب خاص للمواجهة وفقا لتقديره.

فالإنسان لطالما لم يقف مكتوف اليدين بالنسبة إلى ما يصيبه، فهو يحاول دوما مواجهة الأحداث باستعمال أساليب واستراتيجيات معينة للتعامل معها سواء أكانت الاستراتيجيات متمركزة على حل المشكل في تعاملها مع الضغط النفسي بهدف تغيير المواقف الضاغطة التي يعيشها والتخلص من الضغوط النفسية الناجمة عنها وايجاد حلول مناسبة لها، وبالتالي تعديل التوترات الانفعالية، الناتجة عنها، أو تبرز استراتيجيات تعامل مع الضغط النفسي متمركزة حول الانفعال بغرض التقليل من العواقب الانفعالية للضغط النفسي والتحكم في التوتر الانفعالي الناجم؛ وعادة ما يكون هذا النوع حسب Lazarus (1984) مفيدا في المواقف التي تتجاوز قدرات الفرد على ضبطها والتحكم فيها ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال استخدام أساليب مناسبة لحل المشكل.

وإزاء هذين الأسلوبين من التعامل مع الضغوط النفسية و في هذا الصدد ومن خلال أعمال Lazarus (1984) Rinolier (1989) و(1991) Dimatteo لتحديد معايير فعالة استراتيجيات المواجهة، توصل هؤلاء إلى أنه كلما سمحت الاستراتيجية المستعملة للفرد بالتحكم أو التخفيض من تأثير العدوان على الصحة الجسمية و النفسية كلما كانت فعالة و مناسبة لمواجهة الموقف.

وفي نفس المجال أوضحت أعمال Schmidt (1988) على مرضى مقيمين بالمستشفى من اجل إجراء عملية جراحية أن المرضى الذين يستعلمون

الاستراتيجيات نشطة (بحث عن معلومات حول كيفية إجراء العملية، مضاعفاتها، المشاركة أثناء التداوي هم أقل قلقا و يظهرون مضاعفات أقل بعد العملية).

وهذا على غرار المرضى الذين يستعلمون استراتيجيات غير نشطة (كف، سلوك استسلامي). **(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994)**

وفي دراسة للباحث Murry (1992) أقيمت على مجموعة من المصابين بداء السكري، حول دور استراتيجيات التعامل مع الضغط في تخفيف مستوى الضغط النفسي افترض فيها أن العلاقة بين الضغط وعملية تنظيم الأيض، تتوقف على استراتجيات المقاومة الفردية المستعملة في التعامل مع الضغط، كما توصل إلى أن المستوى العالي من الضغط مرتبط بالنسبة المرتفعة لمعدل السكر في الدم لدى الأفراد اللذين يتميزون بعدم فعالية مواجهتهم للضغط، وعلى النقيض فإن الأفراد المتميزين باستخدام أساليب مقاومة أكثر فعالية في مواجهة الضغط، لا تتأثر عملية مراقبة السكر في الدم لديهم بمستوى الضغط النفسي الناجم عن إصابتهم بالسكري.

انطلاقا من كل المعطيات السابقة، واعتمادا على نموذج Lazarus الخاص باستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي في الأمراض العضوية المزمنة، واستنادا على نتائج الدراسات والأبحاث المذكورة آنفا، والتي أكدت على أن الإصابة بمرض القلب وداء السكري، تشكل مصدر ضغط نفسي، يفرض التعامل معه، باستعمال استراتيجيات مختلفة. بغية إبراز بؤرة من بؤر تعامل المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري مع الضغط النفسي، والتقرب أكثر من هاتين الفئتين لمعرفة تجربتهما و تسليط الضوء على كيفية تعاملهن مع الضغط النفسي، فإننا نتساءل:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية وبين المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية، في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني و المصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي؟

الفرضيات:

الفرضية الأولى:

توجد فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية وبين المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية، في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

الفرضية الثانية:

توجد فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني والمصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

الجانب النظري

الفصل الأول

التعامل مع الضغط النفسي

تمهيد:

تعد الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يختبرها الفرد في مواقف وأوقات مختلفة من حياته اليومية، ومهما اختلفت المواقف التي يواجهها الفرد يوميا، فهو يسعى دائما لايجاد الطرق و الوسائل المخففة المضاعفات النفسية و الاضطرابات التي يشعر بها، وذلك باستعمال استراتيجيات متكيفة لمواجهة الموقف الضاغط الذي يعترضه (عسكر علي: 2000). الأمر الذي دفع علماء النفس و المهتمين في هذا المجال إلى البحث عن الأساليب والطرق التي يتعامل من خلالها الأفراد، بسبب التأثيرات العقلية و الجسمية التي يمكن أن تسببها للفرد (حامد عبد السلام: 1987).

ففي هذا المبحث سنتطرق إلى تعريف الضغط النفسي و كيفية التعامل معه، مستعرضين ببعض النماذج المفسرة لمختلف أنواع استراتيجيات التعامل مع الضغط ومدى فعاليتها تجاه الضغط النفسي.

1- تعريف الضغط النفسي:

تعددت الكتابات حول موضوع الضغط النفسي واختلفت التعاريف في صياغة مفهوم موحد يساهم في الكشف عن الأبعاد المختلفة للضغوط باعتبار مفهوم الضغط مفهوم يرجع للعصور القديمة حيث استعملها Empedodes للإشارة إلى أن العضوية تتكون من عناصر متعددة فهي في حركة دائمة تتعارض و تتحالف فيما بينها. و عليه سنقدم أبرز التعاريف التي حددت خصائص هذا المفهوم:

يشير الضغط عند (Selye) (1950) إلى الحالة التي تكون فيها العضوية مهددة بفقدان توازنها بفعل عوامل ضاغطة، و بعبارة أخرى يمثل الضغط النتائج البيولوجية و العقلية و النفسية على صحة الإنسان من جراء تأثير العامل الضاغط مهما كان شكله نفسيا أو اجتماعيا أو فيزيائيا. **(Schwob, M : 1999 p9-10)**

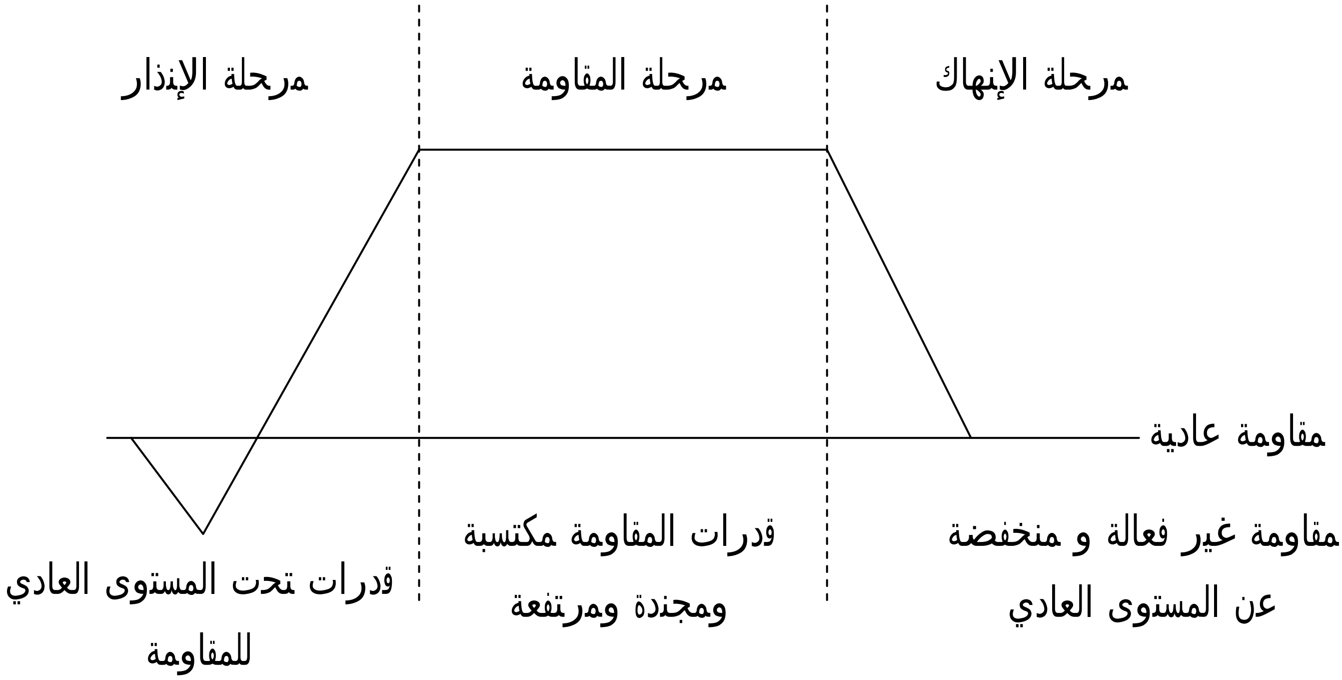
مما يستوجب استجابة الجسم لأشكال الضغط الداخلي أو الخارجي بشكل منظم من التغيرات الجسمية و الكيميائية التي تعد الفرد لمواجهتها و التي اطلق عليها اسم "**التناذر العام للتكيف**" و هذه الاستجابات تمر بثلاث مراحل هي:

* **مرحلة الانذار**: وهي مرحلة انفعالية لغناها بالاستجابات النفسية و تتم فيها إثارة الجهاز العصبي والغددي فيظهر الجسم تغيرات فيزيولوجية (إفراز هرمونات ووسائط كيميائية) و تغيرات بيولوجية (إفراز الأدرينالين الذي يرفض النبض) فتنجم استجابات انفعالية (عدم الحركة، قلق، حصر).

* **مرحلة المقاومة**: ينظم الفرد في هذه المرحلة دفاعاته، و يحاول الجسم التكيف مع المطالب الفيزيولوجية التي تقع على كاهله.

* **مرحلة الإنهاك**: في هذه المرحلة تصبح الميكانيزمات الكيفية غير فعالة، بحيث تفشل العضوية في المقاومة البيولوجية أو النفسية. **(محمد السيد عبد الرحمن: 1999)**

ويوضح الشكل رقم (1) المراحل الثلاث لزملة التكيف العام:



شكل (1) نموذج Selye (زملة التكيف العام)

نقلا عن: **(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994)**

و تذهب فيولا البلاوي (1988) إلى أن الضغط هي تلك الحالة التي يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق، و تزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب و استمرت إلى فترات طويلة:

وفي نفس السياق تشير ما يسميه أحمد النيال-هشام ابراهيم عبد ا (1994) إلى أن الضغط محصلة لضعف قدرات الفرد على التحمل و المقاومة علاوة على زيادة القابلية للتأثر و نقص المهارات التعامل مع الضغوط مما يجعل الفرد عرضة يسوء التوافق و التوتر. **(مايسة أحمد النيال- هشام ابراهيم عبد ا : 1994)**

لكن هذا لا يعني أن الضغط مرتبط دوما بالآثار السلبية لوجود مستويات ايجابية له وأخرى محايدة بحيث يتخذ شكلا من الأشكال التالية:
شكلا من الأشكال الثلاثة الآتية:

- **الضغط الايجابي**: قد يعمل الضغط كحافز يساعد على المواجهة و التصدي للتحديات اليومية بكل كفاح و تحدي و إلحاح، و يعد غيابه عائقا للتمتع بمظاهر الحياة و يجعل الفرد يعيش حياة سئمة.

- **الضغط المحايد**: هو المستوى الأفضل للضغط فوجوده محقق للابداع والتقدم والتغير الذي يخلق نوعا من الرضا، و الثقة بالنفس. **(سمير شيخاني: 2003)**

- **الضغط السلبي**: من شأن الضغط المتكرر أن يكون سلبيا و ضارا إذا ما كان مستمرا أو يفوق قدرات الفرد على ايجاد حلول له، مما يضر بالصحة الجسمية والعقلية و النفسية للفرد إضافة إلى تعرضه للأرق و التعب و اضطراب الوظائف بشكل عام. **(هيكيت كينان: 1999)**

ويشير مصطلح الضغط حسب (Walker 2001) إلى تعرض الشخص لصعوبات ومشكلات ترهقه وتفوق طاقته على التحمل، كما تهدد صحته و سلامته نتيجة ردود فعل جسمية أو سيكولوجية على المدى القصير أو الطويل.

وفي هذا السياق يعد الضـغط النفسي استـجابة جسم الإنسان لمتطلبات خارجية اجتماعية، اقتصادية، أي أن الضغط يعـبر عـن حـالة نـاشـئة عـن عـدم وجود توازن بيـن المتـطلبات و قدرتـه عـلى الاسـتجابة لتـلك المـتطـلبات. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994)**

وهذا ما أشار إليه **Lazarus** (1972) من خلال اعتباره للضغط النفسي كظرف خارجي يحّمل الفرد أعباء ومتطلبات فائقة ويهدده ويعرضه للخطر بشكل أو بآخر. علاوة على جوانب الموقف الخارجي و على طبيعته الغير العادية، ومن أمثلة هذه الضغوط: الحروب، الكوارث الطبيعية، الإصابة بأمراض خطرة، الاعتقالات،...فكل هذه الحالات قد تؤثر على مستويات تكيف وتوافق الفرد بشكل مباشر، إلا أن تأثير هذه الضغوط يختلف باختلاف الأفراد، حيث نجد في أسوأ الظروف أناسا قادرين على السيطرة على مشاعرهم، و توجيه نشاطاتهم والتصرف

بشكل فعال على الرغم من كل ما يحيط بهم من أهوال. **(عبد المعطي مصطفى: 1998)**

- و عليه فإن مصطلح الضغط يجمع عدة معاني: التغير، السبب الخارجي المسبب لرد فعل، المثير و المسببات، رد فعل متعدد الأشكال (بيولوجي، نفسي، فيزيولوجي)، مما يتطلب استخدام أساليب لاستيعاب الموقف و التفاعل معه.

2- تعريف التعامل مع الضغط النفسي:

يشير التعامل مع الضغط النفسي إلى كل أنواع النشاط الايجابي و المتمثل في الكفاح، و الصراع و المقاومة، و التحدي و التغلب على المشكلات والمصاعب، فقد عرف **Lazarus (1986)** التعامل مع الضغط على أنه "عبارة عن مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد، أو تتجاوز حدوده وإمكانياته أو نحو التخفيف من تأثيرها، أو نحو تحملها". **(Jeannet, Ph et Raymond, M : 1996 p230)**

و يقصد **Ray et All (1982)** بالتـعامل مـع الضـغط النفـسي إلـى الطـريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصـعبة من جـراء حدث ضاغط حقيقي أو خيالي. **(Paulhan I, et Bourgeois, M : 1995)**

كما يضيف **Lazarus et Folkman (1984)** بأن التعامل مع الضغط يمثل الجهود المعرفية و السلوكية لإدارة المتطلبات الخارجية أو الداخلية التي يقيمها الفرد على أنها ترهق موارده، و تتعرض هذه الجهود المعرفية و السلوكية باستمرار إلى التغير تبعا إلى تقييمات و إعادة تقييمات دائمة للعلاقة (فرد-محيط) و التي تتغير هي الأخـرى باستمـرار وتـنتج بـعض هـذه التـغيرات فـي العـلاقـة عـن سـياقات التـعامل الـهادف إلى تعـديل الوضـعية التي تتسبب في الألـم والحزن. **(Lazarus RS, et Folkman, SF : 1984)**

ويعتبر **Dantchev (1989)** التعامل مع الضغط كمجموع المجهودات المعرفية و السلوكية لمواجهة و تحمل المتطلبات الداخلية و الخارجية التي تهدد أو تفوق طاقات الفرد. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994 p 24).**

ويرى **Steptoe (1991)** بأن التعامل مع الضغط النفسي ما هو إلا استجابة الفرد للوضعيات الضاغطة التي يمكن أن تكون ذات طابع معرفي ووجداني cognitive-affective كما يمكن أن تكون على أشكال سلوكية ذات طابع مباشر مثل مواجهة المشكل مباشرة او تبني سيرة التجنب أو البحث عن الدعم الاجتماعي.

(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994 p 101). فالتعامل مع الضغط النفسي (faire face à une situation stressante) هو أسلوب تكيفي قريب من إعادة تقييم المشكل مع الأخذ بعين الاعتبار المصادر الشخصية (المعرفية و العاطفية) للفرد، من جهة، ومن جهة أخرى المحيط الذي يعيش فيه الفرد. **(Nobert, S : 1999)**

كما يمكن اعتبار التعامل مع الضغط النفسي كطريقة يفكر بها الفرد و يسلكها لايجاد حلول للجوانب السلبية لموقف ما ضاغط. **(Ferreri, M et al :2002 p270)**

وهذا وفق استراتيجيات معـ ـرفية أو سـ ـلوكية تـ ـهدف إلـ ـى الإدارة والتـ ـحكم في التظـ ـاهرات الفـ ـيزيولوجية و النـ ـفسية التي يتسبب فيها عامل ضاغط. **(Servant, D et Parquet, Ph : 1995 p 46)**

ومن خلال مجمل هذه التعاريف نجد أن مفهوم التعامل مع الضغط النفسي مرتبط بالوضعيات الضاغطة و سلوك الفرد أمام هاته الوضعيات التي يراها مهددة له.

3- النماذج المفسرة:

تحتل إشكالية الضغط قطب اهتمام و انشغال العديد من الباحثين في ميادين الطب وعلم النفس و الطب العقلي و ناتجة عن الفروق و اختلافات الباحثين وانتماءاتهم النظرية العديد من النماذج المفسرة لظاهرة الضغط النفسي نذكر منها:

3-1- النموذج الحيواني:

يعد التعامل مع الضغط في ضوء هذا المنظور، تعبير عن مجموعة استجابات سلوكية تهدف للتكيف و مواجهة الفرد للتهديدات الخارجية أو الداخلية التي تعترضه، بغرض التخفيض من حدة الاضطرابات النفسفيزيولوجية. إذ تبين بعض التجارب المخبرية لـ **H. Ursin et S. Levine (1993)**:

أن استمرارية حياة الحيوانات مرتبطة بقدرتها على التنبؤ و السيطرة من أجل تجاوز الأخطار و التحكم في الوضع و تقليص حدة النشاط الفيزيولوجي الناجم عن الموقف الضاغط. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R :1994)**

لكن وفي هذا الصدد يرى **Folkman et Lazarus (1984)** بأن البحوث المستندة على المنظور الحيواني في الضغط و المراقبة، تستند أسـاسـا على ما يسمى "السلوك التجنبي" أو التفادي أو سلـوك الهروب و الفـرار أو الهجوم، مهمـلة بذلك قدرة الفـرد على التعامل مع المـوقف و تـعديله أو التغـلب عليه في بعض الأحيان. **(Lazarus, R et Fokman, S : 1984 p1)**

3-2- النموذج التحليلي:

ينقسم النموذج التحليلي في تفسيره للتعامل مع الضغط النفسي إلى قسمين هما:

3-2-1- دفاعات الأنا:

يجرنا الحديث عند التطرق إلى دفاعات الأنا إلى الميكانيزمات المستعملة من طرف الفرد لمواجهة الوضعيات و المواقف الضاغطة المهددة له. و تعد هذه الميكانيزمات مجموعة الأفكار والعمليات المعرفية اللاشعورية الهادفة إلى التقليل أو أو إلغاء كل ما يمكن أن ينتج الضغط ومن جملة هذه السياقات المعرفية:

- **الإنكار**: يحدث حين يدرك الفرد الحقيقة و لكن يتنكر للعوامل التي لا يمكنه تحملها مثل حالات خطر الموت مثلا أو الإصابة بمرض خطير.

- **العزل**: هنا يقوم الفرد بعدم التفكير فيما يترتب عن وضعيته بحيث المجال الفكري ينحصر حول فكرة معينة تحول دون فهم ما يقع.

- **العقلنة**: يبحث الفرد هنا عن تفسير منطقي و متناسق لما يحدث.

لكن المعيار الأساسي للمواجهة الناجحة يعتمد على نوعية الميكانيزمات المستعملة (واقعية، و مرنة)، درجة تفاعل المواجهة مع الواقع و المصير الجسمي و النفسي للفرد.

و قد تطرق **Freud** كثيرا في دراساته لمفهوم الميكانيزمات الدفاعية مبينا دورها في حماية الفرد من الانفعالات و الأفكار و النزوات المؤلمة، و قد سلم بأن هذه الدفاعات هي دفاعات ضمنية لمختلف الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تمثل سيرورة علاجية.

3-2-2- **سمات الشخصية**:

وجهة نظر أخرى تنبثق من نظرية الدفاعات و تعتبر التعامل مع الضغط النفسي كسمة شخصية أي أن بعض المميزات الثابتة للشخصية كقمع الإحساسات، والتحمل، تهيء للفرد التعامل مع الضغط بطرق معينة، و حسب هذه الفرضية الفرد يسلك نفس الطرق مهما تغير الحدث الضاغط. غير أنه توجد دراسات و أبحاث عديدة تبين بأن مقياس السمات هو ضعيف التنبؤ بطريقة التعامل مع الضغط. لعدة أسباب من بينها:

* الطبيعة المتعددة الأبعاد: للتعامل مع الضغط إذ يفسر **Moos et Tsu (1977)** أن الفرد يتعامل مع مختلف مصادر الضغط كحالات (العنف، المرض، الإرهاب، ...إلخ) إذ يواجه ضغوطات مختلفة و في نفس الوقت يحاول الحفاظ على الاتزان الانفعالي والصورة الايجابية للذات، ومراعاة العلاقات الجيدة مع أفراد العائلة و المجتمع، وكل هذه الأبعاد تتطلب استعمال طرق مختلفة في التعامل و هذا ما لا يمكن التنبؤ به عن طريق مقياس أحادي البعد، كما هو الحال بالنسبة للمقـاييس الخاصة بسمات الشخصية. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R :1994 p 103)**

* فالطبع المتغير ميزة تغير سيرورات التعامل مع الضغط دلت عليها دراسة **Pearlin et Schooler (1978)** من خلال أن الفرد في وضعية الضغط العالي على إثر حادث غير مراقب (مرض خطير، مواجهة الموت) يستعمل سيرورة تعاملية انفعالية، في حين أنه عندما يحاول الفرد تغيير وضعية ضغط عادي أو متوسط (فقدان منصـب عـمل مثـلا) فإنه يستعمل سيرورة تعاملية سلوكية تركز على حل المشكل. **(Paulhan I, et Bourgeois, M : 1995)**

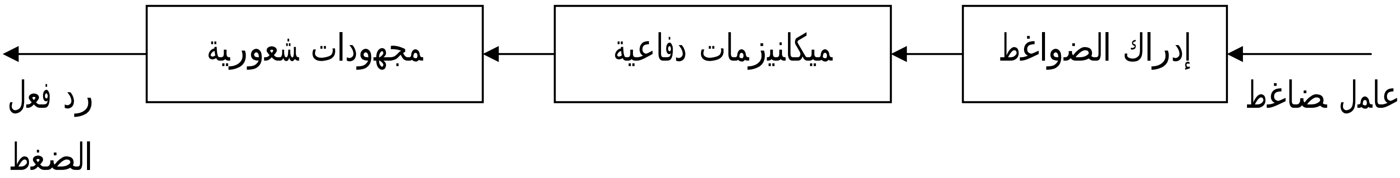
و قد اتضح لدى كل من **Folkman et Lazarus (1984)** أن سمات الشخصية لوحدها لا تكفي للتنبؤ للأسلوب الذي يعمل به الفرد في تعامله مع الضغط، فينبغي الاهتمام بماهية الفرد أي "من يكون؟" و لكن ينبغي الاهتمام أيضا بـ "ما يفعل؟". وعليه يتعدى مفهوم التعامل مع الضغط النفسي حسب **Folkman et Lazarus (1984)** سمات الشخصية إلى مجموعة متجانسة من القدرات المعرفية، و السلوكـات والقـدرات النـفسية التـي تتـفاعل فيـما بينهـا، و تشـكل عنـاصر وأنماط تكـيفية إزاء الأزمـات الخـارجية و الـداخلية التي يتعرض إليها الفرد. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R :1994)**

3-3- **النموذج المعرفي**:

طور **Lazarus (1984)** و أتباعه منهم **Launier, Kammer, Folkman...**، النظرية المعرفية للتعامل مع الضغط النفسي، و يظهر النموذج المعرفي مدى أهمية العمليات المعرفية في تحديد ما هو معاش كضغط نفسي أو مختلف أنماط التكيف له.

فالضغط حسب هذه النظرية لا يتوقف على الحدث و لا على الفرد و إنما يخضع للتفاعل الموجود بين الفرد والمحيط و تكون عموما استجابات التوتر و القلق بعد تقييم الوضعية على أنها تفوق إمكانيات الفرد وتهدد أمنه، و هذا النوع من الاستجابات ناتج عن اختلاف التوازن بين متطلبات الوضعية و قدرات الفرد اللازمة للتصدي لها.

و بذلك يستوضح أن العامل الضاغط لا يعكس شدة و طبيعة انفعالات الفرد اتجاهه، بحيث هذه الضواغط تمر حسب النموذج التفاعلي أو التوافقي للضغط بجهاز ترشيح يعمل على تعديل الحدث الضاغط كالآتي:



شكل رقم (02): الآليات الترشيحية لتأثير الضغط على الفرد حسب Rahe-Arthur (1978)

فحسب النموذج التفاعلي « le modèle transactionnel » للضغط، الضغوطات تمر عبر سلسلة من الترشيحات « Filtre » تعمل تغيرات على الحادث الضاغط وبالتالي تضخيم أو تخفيف رد فعل الضغط، وقد قام كل من **Rahe et Arthur (1978)** بتعريف ثلاثة رشحات أساسية هي:

1- إدراك العامل الضاغط متأثر بالتجارب الداخلية أو السابقة مع ضغوطات مماثلة (الدعم الاجتماعي، المعتقدات بما فيها الدينية).
2- تعمل الميكانيزمات الدفاعية لا شعوريا (إنكار، قمع...).
3- تتمثل المجهودات الشعورية في السعي وراء وضع خطة عمل و اللجوء إلى تقنيات مختلفة (الاسترخاء، تمارين رياضية، ترفيه معرفي، تداوي).

يعتبر **Folkman et Lazarus (1988)** أن مختاف العمليات الترشيحية هي بمثابة وسائط للعلاقة ضغط توتر انفعالي، و يؤكدان على أنه يوجد عاملان مؤثران على العلاقة بين الفرد و المحيط و هما: التقييم المعرفي للوضعية (l'évaluation) والمقاومة (le coping):

3-3-1- **التقييم**:

التقييم المعرفي لوضعية ضاغطة سياق معرفي يستطيع الفرد من خلال تقدير وضعيته على أنها مهددة، و ما هي طبيعة المقاومة للتعامل مع الوضع. وقد ميز **Folkman et Lazarus (1978)** ثلاثة أنواع من التقييم هي:

3-3-1-1- **التقييم الأولي**:

يتساءل الفرد من خلال تقديره للوضعية الضاغطة عن مسببات الحالة و فيما تتمثل المهددات و ما الذي يساهم في نوع و شدة الانفعالات فقد تكون خسارة (جسمية، علائقية، مادية) أو تهديد (خسارة ممكنة) أو تحد (منفعة ممكنة). فتقييم الضغط الكامن في الوضعية (طبيعة العامل الضاغط، مدته، شدته، تكراره...) تشارك بصفة مختلفة في نوعية و قوة الانفعال و بالتالي ينتج عن تقييم الخسارة أو التهديد انفعالات سلبية كالحياء، الغضب و الخوف بينما يولد تقييم التحدي انفعالات ايجابية كالحماس و الغبطة.

و قد وضح كل من **Longis, Gruen, Lazarus, Folkman (1986)** أن الخصائص الشخصية كالمعتقدات والأهداف من شأنها أن تؤثر على الفرد عند إدراكه الحسي للوضعية المهددة و في اختياره لطرق التعامل. كما يذكر **Lazarus** أن التقييم الأولي يأخذ خمسة أشكال للعلاقة (فرد-محيط) هي كالآتي:

1- أن هذه العلاقة التبادلية تكون إما ملائمة أو غير ملائمة لفائدة أمنه، مصالحه واستقراره.

2- أن هذا النوع من التعامل (فرد-محيط) قد يسبب ضرر يتطلب التحدي والتحسين.

3- أن التقييم الأولي يكون لوضعية ضاغطة تأخذ شكل تهديد لمستقبل الفرد.

4- تمثل تحدي الفرد للوضعيات الخطرة (المتأزمة).

5- ينبئ بنتائج ايجابية. (Lazarus RS, et Folkman, SF : 1984 p 49)

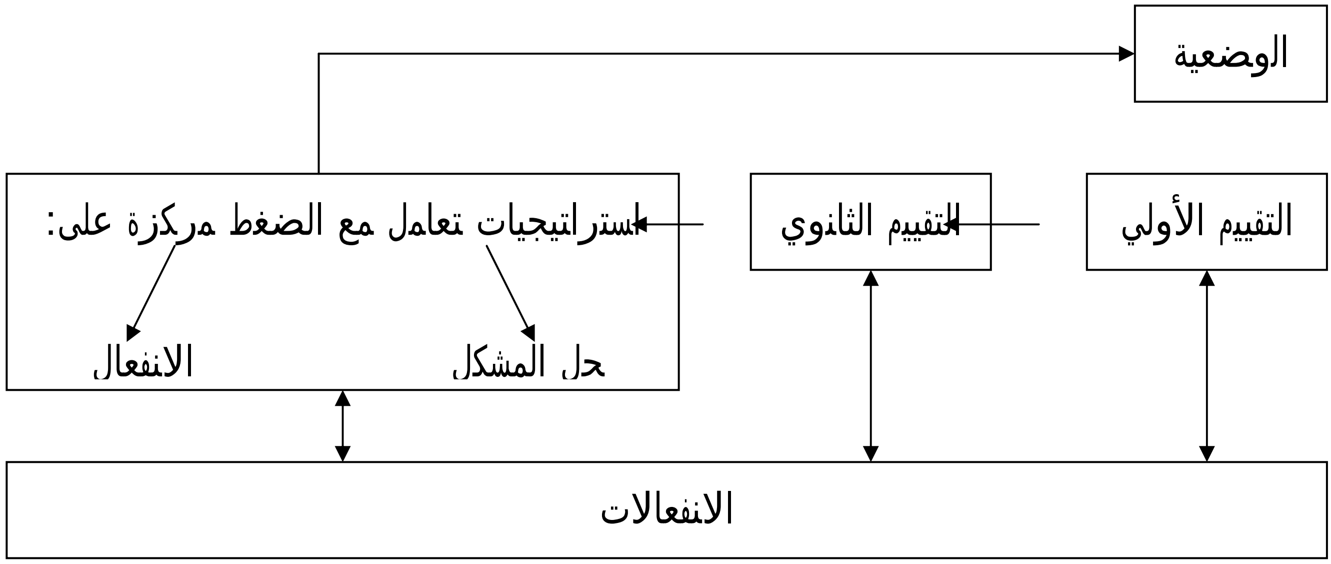
وهكذا تختلف تقييمات التهديد أو التحدي عن بعضها في العنصر المعرفي (الحكم مع مراعاة قوة الضرر أو الخسارة مقابل الاستفادة أو السيطرة) و العنصر الانفعالي (انفعالات سلبية مقابل انفعالات ايجابية) و قد يتم تقييم حدث كمهدد وكباعث للتحدي في نفس الوقت، إذ يمكن تقييم الحصول على ترقية في العمل كفرصة للحصول على فوائد عديدة في الخبرة، المهارات، المسؤولية، التقدير، المكافأة وتستلزم في نفس الوقت خطر عدم إنجاز المهمة كما كان متوقعا أو كما كان مطلوبا مثلا. (Lazarus RS, et Folkman, SF : 1984 p 50)

3-3-1-2- **التقييم الثانوي**:

يعتبر التقييم الثانوي كمعالجة للسؤال ماذا يمكنني فعله؟ إذ يتساءل الفرد من خلال التقييم الثانوي عما يمكن فعله لتعويض الخسارة أو التنبه أو الوقاية من التهديد أو الاستفادة مما حدث ثم يقرر كيفية تعامله: تغيير الوضعية أو التقبل أو التجنب أو البحث على أكثر عدد من المعلومات و البحث عن السند الاجتماعي أو السلوك الانفعالي.

يسمح التقييم الثانوي للفرد بتحديد نوع استراتيجية التعامل التي يمكن استعمالها لإدارة متطلبات العامل الضاغط، كما يوجه هذا التقييم اختيار الفرد استراتيجيات التعامل في المستقبل إذا ما وجد في حالة ضاغطة، حيث يتميز بعضها بخفض وتقليل الضغط الانفعالي و لكن لا تغير شيئا في المشكل، و تدعى "استراتجيات التعامل مع الضغط المركزة حول الانفعال" في حين يهدف النوع الآخر من الاستراتيجيات إلى محاولة تغيير أو تصحيح الحالة و تؤثر هذه الأخيرة مباشرة على الانفعال و تدعى "استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على المشكل". (Lazarus RS, et Folkman, SF : 1984)

و يمكن تفسير عمليتي التقييم الأولي و التقييم الثانوي بالاستناد إلى الشكل رقم (3):



شكل (3): حلقة سيرورة عمليتي التقييم الأولي و الثانوي لـ Graziani
(Graziani, P et All : 1998 p101)

ويرى Lazarus وFolkman أن سياقات التقييم تتأثر بمتغيري الوضعية والانفعالات، وأن التقييم الثانوي يسمح للفرد بتحديد نوع التعامل تجاه الموقف الضاغط. لا سيما و أن الإنسان في محيطه الاجتماعي متعرض يوميا إلى مواقف ضاغطـة مختلفة، فيسـعى لتـأمين اسـتقراره وتحـقيق أمنه، و علـيه فـإن عـملية التـقييم المـعرفي للـوضعية وإمكـانية مـواجهتها، تتـم عـلى البـنية السيكـولـوجية للفـرد من جهة وعلى المثير في إطار ومحيط معين من جهة أخرى. **(Paulhan I, et Bourgeois, M : 1995 p 59-60)**

3-3-1-3- **إعادة التقييم**:

يوحي التغيير في العلاقة (فرد-محيط) إلى إعادة التقييم لكل ما يمكن أن يحدث و لما يُمكن ذلك. و نعني بإعادة التقييم، التغيير الجذري الذي ينتج عن جهود الفرد كعملية تكيفية لتغيير الوضعية و الأفكار الخاصة بالموقف و أن هذا التغيير يكون لكل ما حدث ولكل ما قد يحدث مستقبلا أي سيرورة التفاعل الداخلي مع الأخذ بعين الاعتبار التغذية الرجعية. **(Dantchev, N : 1989)**

3-3-2- **المقاومة**:

برز مفهوم المقاومة من خلال أعمال **Lazarus** من جراء دراسته لكيفية التعامل مع الضغط النفسي، بحيث يسعى الفرد تحت شروط ضغط معينة إلى محاولة إعادة توازنه لتحقيق التكيف مع المحيط. **(لازاروس: ترجمة محمد غنيم: 1981)**

حسب **Folkman و Lazarus (1978)** فإن سياقات التقييم للعلاقة (فرد-محيط) تتأثر بنوعين من المتغيرات (الموارد الشخصية و الموارد الاجتماعية) وهذا ما يفسر لنا لما نفس الوضعية يمكن أن تقيم كتهديد لفرد، في حين أن فرد آخر يقيمها كتحدي أو فرصة للربح.

ينفصل التقييم إذن إلى نوعين من المتغيرات:

3-3-2-1- **الموارد الشخصية**:

تتدخل الخصائص الشخصية بما في ذلك المعتقدات، التحمل، سمة القلق في تحديد كيفية التعامل مع الضغط.

أ- **المعتقدات**:

الاعتقادات حسب Wrebel et al **(1981)** عبارة عن أفكار مسببة عند الفرد، وتكون هذه الأخيرة بمثابة مرآة يدرك من خلالها الواقع و تنقسم إلى قسمين:

* اعتقادات عامة: مثل الاعتقادات الدينية أين يصبح للحادث معنى قدري يجب تقبله.

* اعتقادات خاصة: مثل الاعتقادات الشخصية كإعتقاد الشخص حول إمكانياته على التحكم في الحوداث و مراقبتها ذاتيا.

ويستعمل الأشخاص الذين يرجعون كل ما يحدث لهم لأسباب داخلية مراقبة استراتيجيات تعامل مع الضغط النفسي مركزة حول المشكل أكثر من الأشخاص الذين يرجعون ما يحدث لهم لأسباب خارجية غير مراقبة كالقدر مثلا. **(Lazarus RS, Folkman SF : 1984)**

ب- **التحمل**:

التحمل هو ميل مستقر للفرد في وجوده يقاوم المتطلبات الخارجية، كما يوافق معنى التحكم الشخصي للأحداث الحياتية. **(Cousali, D : 1997)** ففي حين يرى الأفراد القادرين على التحمل أن بإمكانهم التحكم في المشكلة عوض أن ينتابهم شعور بالعجز أمام المشاكل و يدركون الأحداث في اختلافها كفرصة للإثراء و التطور الشخصي، فغيرهم يعتبرها كوضعية تشعرهم بالانهيار والتصدع. **(Grand, F : 1993)**

جـ- **سمة القلق**:

نعني بسمة القلق الميل لإدراك الحالات كوضعيات مهددة متنبأ بها سابقا، فالأشخاص ذوي سمة القلق الضعيفة يدركون الأحداث الضاغطة بأقل تهديد، ولهم قدرة أكبر على التحكم و المراقبة مقارنة بالأشخاص ذوي سمة القلق المرتفعة.

يعتبر **Folkman و Lazarus** أن مجمل هذه العوامل تؤثر بشكل بارز على إدراك الحالة الجديدة والمبهمة، وبالتالي يقوم الفرد في حالة كهذه باستنتاجات مؤسسة أساسا على الموارد الشخصية لفهم ما يحصل له. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994 p 105-107)**

3-3-2-2- **الموارد المحيطية**:

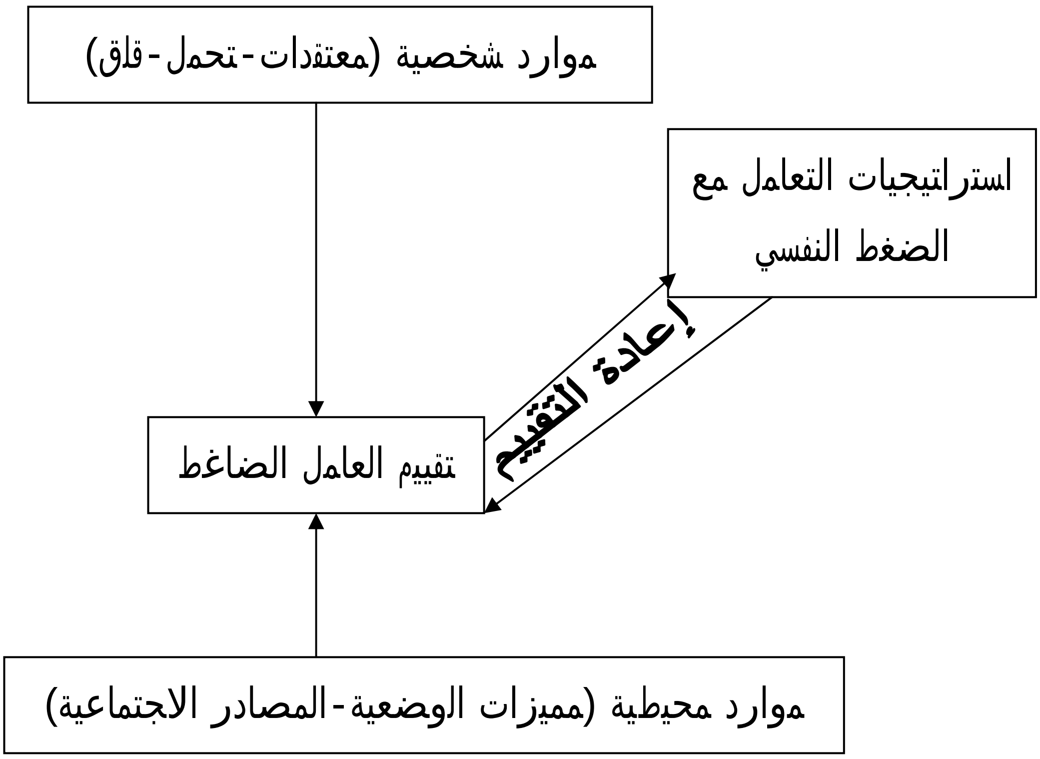
يتعلق التقييم الثانوي بالإضافة إلى المتغيرات السابقة لمتغيرات محيطية تتمثل في:

أ- **مميزات الوضعية**: (طبيعة الخطر- درجة تهديده- مدته) فاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول حل المشكل تستعمل إذا كانت الوضعية قابلة للتغيير، في حين تستعمل استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول الانفعال إذا ما كانت الوضعية غير قابلة للتغيير أو عديمة القدرة على التحكم فيها أو إذا كانت صعبة المراقبة.

ب- **المصادر الاجتماعية**: هي عبارة عن الدعم الاجتماعي أو السند الاجتماعي والمتمثلة في الخدمات التي يمكن أن يوفرها الوسط العائلي والمهني لمساعدة الفرد

على تخطي الصعوبات. ففي حالة افتقار الفرد المساعدة الاجتماعية فإنه يلجأ إلى الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال كالتجنب أو اليقظة بشكل أكبر منه من الفرد الذي يمتلك مستوى عال من السند الاجتماعي. وبسبب هذا الخضوع للمحيط تعتبر استراتيجية التعامل مع الضغط النفسي سيرورة متبدلة وقتية وبذلك يصعب تبصيره كتنظيم ثابت للشخصية. **(Bugard, P : 1979)**

- وبالتالي يمكن من هذه المعلومات استخلاص التكامل الهام و الرابط بين الموارد الشخصية والمحيطية في استخدام الفرد لمختلف استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، و هذا ما يؤكد عليه الشكل رقم (4):



شكل رقم (4): سلسلة التقييم وإعادة التقييم في تحديد استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي

(Paulhan, I et Bourgeois, M : 1995 p 56)

4- أنواع استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي:

اهتمت العديد من الدراسات و البحوث التي قام بها بعض العلماء مثل: **Lazarus, Folkman, Ray et al** بجرد أنماط تعامل الأفراد مع الضغط، وتمثلت المنهجية في إحصاء مختلف الكيفيات التي يستجيب بها الأفراد لمواقف الحياة المختلفة وعلى جميع الأصعدة، وذلك من خلال تطبيق بعض المقابلات والاستبيانات، فلوحظ من خلال هذه العملية وجود فرق بين الأفراد من جهة، و في الأفراد أنفسهم من جهة أخرى فيما يتعلق بكيفية تعاملهم مع المواقف الضاغطة، ووضعت قائمة تتضمن مختلف الأنماط التي يتعامل بها الأفراد إزاء المواقف في مختلف الميادين، وتبعا لنتائج التحليل العاملي التي أقيمت على عينات ممثلة تم التوصل إلى نمطين: أولهما استراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال، و ثانيهما استراتيجيات التعامل المركزة حول حل المشكل. **(Ikhlef, A : 1994 p 295)**

و فيما يلي يتم عرض هذين النوعين من الاستراتيجيات:

4-1- استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول الانفعال:

يتضمن هذا النوع من الاستراتيجيات القيام بمجموعة واسعة من المحاولات السلوكية و المعرفية من أجل التحكم في التوتر الانفعالي المستثار من طرف وضعية معينة، مما يسمح للفرد بتفريغ الشحنة العاطفية كالقلق و الخوف، و تضم هذه الأشكال استراتيجيات عديدة منها: التجنب (الهروب أو الابتعاد)، البحث عن الدعم الاجتماعي، التحكم في التعبير الانفعالي. وهذه النشاطات لاستراتيجيات التعامل مع الضغط يمكن لها التأثير على الإحساس أو الانفعال بطرق مختلفة فيمكن أن يمر الانفعال بطريقة غير مباشرة بتغيرات في درجة الاهتمام (مثلا الابتعاد أو الهروب و ذلك بأن يتمنى الفرد أن مصدر الضيق سيختفي) فتحويل الاهتمام عن مصدر الضغط يؤدي بالفرد إلى الشعور بالراحة المؤقتة. **(Ferreri, M : 1992)**

تعمل الاستراتيجيات وفقا لنشاط معرفي، فهي تضع مكانها نشاطات معرفية تغير من التصور الذاتي للتجربة فمثلا النشاطات المعرفية التي تتناسب مع "الإنكار" كالابتعاد أو إعادة التقييم للوضعية تقييما ايجابيا والتي تتمثل في تحويل التهديد إلى

تحدي، تبدو فعالة في تخفيف الشدة الانفعالية و لكن بشرط أن يكون الضغط قد تعدى العتبة بالنسبة للوضعيات جد ضاغطة مثل التهديدات الحياتية مثلا "الإنكار" يكون صعب و استراتيجيات هذا النمط تبدو متدهورة. و يتضمن هذا الشكل استراتيجيات تتمثل فيمايلي:

4-1-1- **التجنب**:

التجنب هي الاستراتيجية الأكثر استعمالا و تتمثل في تحويل الانتباه عن مصدر الضغط وتتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي فمثلا الأشخاص يتجهون نحو الكـحول أو المـخدرات للتـقليل من حـدة الانفعـال أو إخفـاء المـزاج السيء. إلا أن هـذا النمـط لا يتمـيز فقط بتحويل الانتباه عن مصدر الضغط أو ردة فعل الشخص أمام الضغط و لكن أيضا صورة الذات الانفعالية قوية « Image de soi émotionnelle robuste ». **(لطفي عبد الباسط ابراهيم: 1987)**

4-1-2- **اتهام الذات**:

يبقى الفـرد من خلال هذه الاستـراتيجية جـامداً أمـام كل محـاولات التغييـر أو التـأثير في المـوقف الضاغط، فهي تتضمن نوع من التقبل للوضعية إضافة إلى ذلك فإن الفرد يعـمد إلى لوم نفسه و يتهمها بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه. **(حسن مصطفى عبد المعطي: 1994)**

4-1-3- **إعادة التقييم الايجابي**:

يحاول الفرد أن يظهر قويا أمام الوضعية معتبرا إياها عاملا يساعده في التغيير إلى الأحسن أو أن الفرد يعمل على تركيز مجهوداته على الجانب الايجابي في الوضعية الذي قد يساعده على التغلب على التوتر أي الخروج أكثر قوة من التفاعل الضاغط. **(Graziani, P et Al : 1998)**

4-2- استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول حل المشكل:

هي مجموعة الجهود المستعملة لمواجهة الوضعية الضاغطة و تعمل على تعديل مباشر للعلاقة (فرد-محيط) وتتمثل هذه الاستراتيجيات في البحث عن المعلومات، وضع مخططات عمل تسمح للفرد بإعطائه وسائل لتغيير الوضعية التي يعيشها و هي تساهم بطريقة غير مباشرة في تعديل الحالة الانفعالية، و غالبا ما تستعمل هذه الاستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه و يرى أن بإمكانه إحداث تغييرات و الوصول إلى حلول مناسبة. **(Dantchev, N : 1989 p25)**

و عليه تتجه جهود الفرد حول:

1- التعرف على المشكل و تحديده.

2- البحث عن الحلول المناسبة.

3- تقييم هذه الحلول.

4- اختيار الحل المناسب.

5- التنفيذ.

6- تقييم النتائج.

وتتمثل هذه الاستراتيجيات في:

4-2-1- البحث عن حل المشكل:

يضع الفرد خطة عمل و يتبعها بهدف الوصول إلى الحل المرغوب فيه و ذلك بأن يقبل الحل الذي يوصله إلى الراحة النفسية و بالتالي يخرج من هذه المواجهة أكثر قوة.

4-2-2- البحث عن الدعم الاجتماعي:

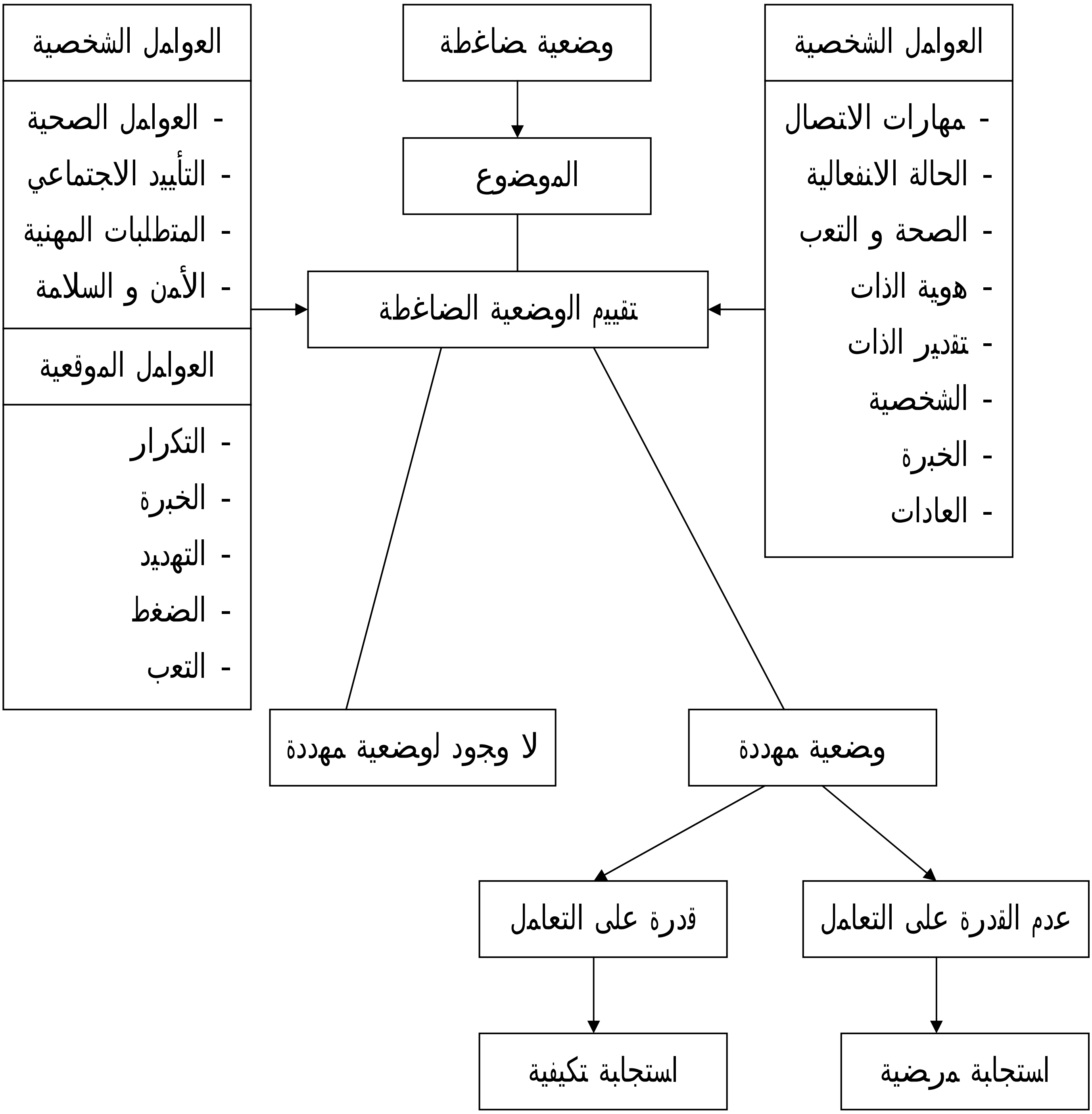
يقوم الفرد بمحاولة جمع معلومات كثيرة تخص الوضعية كما يبحث عن دعم معنوي أو مادي عند الأفراد المحيطين به من أجل فهم أعمق للمشكل.

* فالاستراتيجيات المركزة على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية ترتكز بصفة أولية على المحيط أو البيئة، وتضم المقاومة المركزة على المشكل استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة أو اختيار إمكانياته وقدراته على حل المشكل المطروح. فبينما تعمل الاستراتيجيات الموجهة نحو

المحيط على تعـديل و تبـديل كلا من الضـغوط المحـيطة أو البيئة، العـوائق، والإجراءات والوسائل المتخذة بشأن أمر ما و كذا العلاقة أو الـصلة بين الأشيـاء. تعـمل الاستراتيجيـات المـوجهة نحـو الـذات عـلى تغيير مـستوى أو درجـة الطـموح، والتخفـيض من المتطلبـات الذاتية و ايجـاد قنوات أو مصـادر بديلة للإشباع و الرضـا، وتطوير معـايير سلـوكية جـديدة، أو تعـلم مـهارات جـديدة. **(Schweitzer , MB et Dantzer, R: 1994)**

و يشير كل من Lazarus et Folkman (1984) في هذا الصدد إلى أن عدد الأشكال المعروضة أو المتوفرة في الكتابات النظرية وفي البحوث الخاصة بالاستراتيجيات تركز على المشكل، و التي يلجأ الأشخاص إلى استعمالها إزاء الوضعيات الحياتية المختلفة قليل إذا ما قورنت بعدد الأشكال أو الاستراتيجيات المركزة على الانفعال في تعاملها مع الضغط النفسي.

وقد قدم Lazarus (1970) مخططا يوضح كيفية تعامل الفرد مع وضعية ضاغطة كما هو مبين في الشكل رقم (5):



شكل (5): التعامل مع وضعية ضاغطة حسب Lazaraus (1970)

يتضح من الشكل رقم (5) أن ما يعتبر وضعية مهددة لفرد قد لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، و يتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد و خبراته الذاتية و

مهاراته في تحمل الضغوط و حالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد و كمّه و الحاجة التي تهدد الفرد، و أخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي و متطلبات الوظيفة. **(فاروق عثمان: 2001، ص 101)**

5- العلاقة بين التعامل مع الضغط النفسي المركز حول حل المشكل و المركز حول الانفعال:

يمكن لشكلي التعامل مع الضغط النفسي (المركزة على الانفعال والمركزة على حل المشكل) أن يسهلا عمل بعضهما البعض، كما يمكن أن يعيق كل منهما عمل الآخر وقد بين **Miller (1980)** هذا التفاعل من خلال المثال التالي و المتعلق بمعاناة امرأة من القلق و التوتر الشديدين كلما صعدت خشبة المسرح لتقديم عرضها، و قصد التغلب على شعور بالقلق تلجأ إلى التنفس بعمق و تعمل على تهدئة نفسها شيئا فشيئا، و باستخدامها لهذه الإجراءات تنتقل إلى استخدام أشكال التعامل المركزة على المشكل كإمعان النظـر جيـدا في محتويـات العرض، و استرجاعها في ذاكرتها ثانية، ثم عرضها و هي الشيء الذي يسهل عليها الخروج من وضعية ضاغطة. **(Miller, SM : 1980)**

و في نفس المجال و قصد توضيح العلاقة المتبادلة بين التعامل مع الضغط النفسي المركز على المشكل و الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و التي تسهل فيها كل منهما عمل الأخرى يضرب **Mechanic (1962)** مثالا آخر حول طالب يعاني من مستوى عال من القلق و التوتر حينما يكون بصدد إجراء امتحان مصيري، و كيف أن هذه الدرجة من القلق العالي تبدأ بالتلاشي والانخفاض التدريجي، بمجرد اهتمام الطالب و انتباهه لينصب لإجراء الامتحان. و يتضح لنا من خلال هذا المثال كيف أن الانتقال من استعمال الاستراتيجيات المركزة على الانفعال إلى الاستراتيجيات المركز على المشكل و حله في التخفيض من حدة التوتر الانفعالي.

و لتبيان كيف لنوعي التعامل أن يعرقل كل منهما الآخر قدم **Breznitez (1971)** مثالا يتعلق بالشخص الذي يكون حديث العهد بتشخيص مرض يعاني منه، إذ يتجه هذا الشخص نحو جمع المعلومات و تقييمها مصراً على ذلك و يساهم اكتسابه لتلك المعلومات المتعلقة بمرضه في ازدياد نسبة الشك لديه بخصوص خطورة حالته، و يضخمها كما يرفع من درجة القلق لديه و يزيد من حدة التوتر الانفعالي مما يلجأ إلى ميكانيزمات معينة كالتجنب. **(Marechal, MC : 1994)**

و بصفة عامة الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل والاستراتيجيات المركزة حول الانفعال هما متكاملتان و مكملتان لبعضهما، بحيث أن الفرد الواحد يستعمل استراتيجية ما بدرجة كبيرة من الأخرى، و تعمل هذه الاستراتيجيات على التأثير في المشكل سلبا أو ايجابا. و تفاعل الاستراتيجيات يهدف دائما الفرد من خلاله الوصول إلى حالة من التكيف حتى و إن استعان بالهروب من الوضعية لعدم القدرة على التأثير فيها. وهذا كله دون أن ننسى دور الضغط هذا الأخير له دور في تحقيق الاستراتيجيات للتوافق و التكيف و بالتالي الوصول إلى الراحة النفسية والجسدية، باستعمال كل أنواع المواجهة الممكنة بصفة تفاعلية تبعا للمشكل و خصائصه، فلا توجد استراتيجيـات أفضـل من أخرى و إنما تفاعلها هو الذي يحدد عملها المتكامل. **(Ovide, F : 1996 p 40)**

6- فعالية التعامل مع الضغط النفسي:

تتمثل فعالية التعامل مع الضغط النفسي في وظيفتين أساسيتين هما:

-1- ضبط مشاعر الحزن و المعاناة و الضرر، و هو دور الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

-2- معالجة المشكل مصدر المعاناة و الضرر، و هو دور الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل.

و يعتبر Laborit (1979) التحكم في الحدث و الوضعية الضاغطة فعالا إذا ترجمت النتيجة بانخفاض الاضطرابات البيولوجية و الفيزيولوجية و السلوكية. إذ تشير مجمل الأبحاث التي أقيمت في الميدان من طرف كل من: **Folkman et**

Lazarus (1984)، Folkman et Al (1986)، Rivolio (1989)، **Dimotteo (1991)** إلى أن معايير فعالية التعامل مع الضغط النفسي يجب أن تقدر بطرق متعددة الأبعاد: فالاستراتيجيات المستخدمة ملائمة إذا سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف من تأثير العداء على الراحة الجسدية و النفسية. و لكن السؤال المطروح هو أي من الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل أو المتمركزة حول الانفعال الأكثر فعالية لتغيير العلاقة ضغط-أزمة؟ **(Paulhan I, et Bourgeois, M : 1995 p55).**

تتمثل فعالية التعامل مع الضغط النفسي في جانبين رئيسيين هما:

6-1- **الأزمة الانفعالية**:

كانت دراسة فعالية التعامل مع الضغط النفسي بالنسبة للأزمة الانفعالية موضع العديد من الأبحاث، و المعايير الأساسية المقيمة هي: القلق و الاكتئاب، فأعمال Schmidt (1988) على مرضى مقيمين بالمستشفى من أجل عملية جراحية أوضحت أن المرضى الذين يستعملون استراتيجيات نشطة (بحث عن معلومات حول كيفية إجراء العملية، مضاعفاتها، والمشاركة أثناء التداوي) هم أقل قلقا و يظهرون مضاعفات أقل بعد العلمية مقارنة مع المرضى الذين يستعلمون استراتيجيات غير نشطة (سلوك استسلامي، كف). **(Schweitzer, BM et Dantzer, R et: 1994).**

كذلك فإن فعالية التعامل مع الضغط النفسي تتوقف على خصوصيات الوضعية الضاغطة مثل المدة، التحكم في الحدث الضاغط إذا يكون التجنب أكثر فعالية في المدة القصيرة (من 0-3 أيام بعد الحدث الضاغط) و تكون الاستراتيجيات نشطة على المدى الطويل (ابتداءا من أسبوعين بعد الحدث الضاغط).

وحسب **Lazarus et Folkman** الاستراتيجيات النشطة لا تكون فعالة إلا إذا كان الفرد متحكما في الحدث، غير أنه في حالة عدم القدرة على التحكم في الحدث، الاستراتيجيات غير النشطة (كالتجنب مثلا) تكون أكثر استعمالا مثلما هو الحال في الأمراض المستعصية الشفاء. فمختلف الأبحاث لـ **Green- Morris et Pettingle (1979) و Dean et Surtees (1989)** أظهرت أن الإنكار أو

إعادة التقـييم الايجـابي هي استراتيجيات التي تسـهل التكـيف الجيد عند هؤلاء المرضى. (Paulhan I, et Bourgois, M : 1995 p56)

و في الواقع لا توجد استراتيجيات فعالة بذاتها مستقلة عن المميزات الشخصية والإدراك المعرفي للفرد و خصوصا المواقف الضاغطة.

6-2- **الصحة الجسمية**:

دراسة فعالية التعامل مع الضغط النفسي على حالة الصحة الجسدية تبدو صعبة التقييم فحسب Lazarus و Folkman يمكن للاستراتيجيات المستعملة في التعامل مع الضغط النفسي التأثير على الصحة الجسمية بثلاث طرق:

أولا: بإمكانها التأثير على التكرار، الشدة و مدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبضات القلب، ضغط الدم، التوتر العضلي) و الاستجابات العصبية الكيميائية المرتبطة بوضعيات الضغط (كاتيكولامين، كورتزول) في الحالات التالية:

- عدم استطاعة الفرد تدارك أو تحسين الشروط المحيطية الضاغطة لعدم فعالية أو مناسبة الاسترايجيات المركزة حول حل المشكل.
- الفشل في تنظيم الضغط الانفعالي أمام حدث غير متحكم فيه، و يتعلق الأمر بعدم فعالية الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال.
- اتخاذ الفرد أسلوب حياة أو أسلوب مقاومة يشكل خطر في حد ذاته و أحسن مثال على ذلك هو نمط (أ) (type A) الذي يتصف بالعدوانية، عدم الصبر، إدراك الأحداث الضاغطة كتحديات.

ثانيا: يمكن للتعامل مع الضغط أن يضر مباشرة و سلبا على الصحة و ذلك بارتفاع خطر الوفيات و الأمراض عند الاستعمال المفرط للمواد السامة كالكحول و التبغ والمخدرات، أو حين تدفع الفرد إلى نشاطات الخطر العالي كالسرعة في السياقة.

ثالثا: يمكن للاستراتيجيات المركزة حول الانفعال تهديد الصحة الجسمية لأنها تعرقل السلوك التكيفي، كما في حالة الإنكار و التجنب، و هما الاستراتيجيان اللتين قد تخفضان من التوتر الانفعالي لكن قد تجعلان الفرد لا يدرك الأعراض و لا

يفحص إلا في وقت متأخر جداً. (SF, Lazarus RS : 1984 p 215-216-217 (Folkman

7- مصادر استراتيجيات التعامل مع الضغط:

تعد الطرق التي يتبعها الفرد في التعامل مع الضغط على علاقة وطيدة بالمصادر التي يمتلكها و بالمصاعب التي تمنع استعمالها في الوضعيات التي يعيشها، و للقول أن الفرد له مصادر جيدة فهذا يعني أن لديه مصادر كثيرة و/أو أنه ماهر في استعمالها في التعامل مع الضغط و هي كل العوامل التي تسبقه و تؤثر عليه، وهذه الاستراتيجيات هي التي بدورها تتوسط الضغط، فاستراتجيات التعامل مع الضغط هي العمليات التي تنتج عن المصادر، ومن المستحيل ذكر كل المصادر التي يمتلكها الأشخاص للتعامل مع متطلبات العيش، لذا سنحاول التعرف على أبرز أنواع هذه المصادر و المتعلقة بخصائص الفرد وهي:

- المصادر الجسمية و تضم الصحة و الطاقة.
- المصادر النفسية و تتمثل في الاعتقادات الايجابية.
- الكفاءات و هي القدرة على حل المشاكل و القدرات الاجتماعية.
- أما الأنواع الأخرى من المصادر فهي متعلقة أكثر بالمحيط و المجتمع والمصادر المالية. (Lazarus, RS et Folkman, SF : 1984 p 159).

7-1- **الصحة و الطاقة**:

الصحة و الطاقة هي من أهم المصادر المرتبطة باستراتيجيات التعامل مع الضغط في الكثير من الأحيان إن لم نقل في كل الوضعيات الضاغطة، فالشخص الضعيف والمريض و المعتوه، ليس له القدرة و الطاقة اللازمة للقيام بالتعامل وأهمية الحالة الجسدية تظهر في القدرة على تحمل المشاكل و التعامل مع الضغوط التي تحتاج تجنيدا أقصى. فمن السهل التعامل مع الضغط حينما يكون الشخص في حالة جيدة مقارنة مع الحالة السيئة. كما أن الأشخاص الذين يكونون في صحة سيئة و في حالة نرفزة يستطيعون التجند بما فيه كفاية خاصة عندما يكون الخطر كبيرا بما فيه الكفاية.

7-2- **الاعتقادات الايجابية**:

يمكن اعتبار الرؤية الايجابية للذات مهمة جدا في المصادر النفسية للتعامل مع الضغط، و الاعتقادات الايجابية تضم كل المعتقدات العامة و الخاصة التي تستعمل كقاعدة للتفاؤل و التي تساعد على تقوية استراتيجيات التعامل مع الضغط في الظروف المعاكسة.

7-3- **القدرة على حل المشكلات**:

تضم القدرة على حل المشكلات اكتساب المهارات في البحث عن المعلومات وتحليل المواقف قصد التعرف على المشكل و ايجاد أساليب بديلة للعمل و اختيار ومناقشـة مخـطط العمـل الذي يـهدف إلى ايجـاد حـلول مناسبـة و القدرة على حل المشاكل نابعة من المصادر و المـوارد التـي يمتلـكها الفرد و كذلك المهارات المعرفية العقلية في استـعمال هذه المعـارف و القدرة على التحكم في الذات. **(Lazarus, RS et Folkman, SF : 1984 p163)**

7-4- **المهارات الاجتماعية**:

تعد المهارات الاجتماعية من أهم المصادر التي يستعملها الفرد في التعامل مع الضغط النفسي، وهذا لأهمية الدور الاجتماعي في توافق الفرد. و تتمثل المهارات الاجتماعية في القدرة على الاتصال و التصرف مع الآخرين بالطرق المناسبة والفعالة، فهي تسهل حل المشكلات مع الآخرين ورفع إمكانية تجنيدهم للمساعدة والتعاون و بصفة عامة فهي تسمح للفرد بالتحكم في التفاعلات الاجتماعية.

7-5- **السند الاجتماعي**:

يعد الحصول على السند الاجتماعي و العاطفي من طرف الآخرين و كذلك الحصول على معلومات أو لسند ملموس من أهم المصادر إذ تساعد على التغلب على التوتر و كذا فهم أعمق للمشكل للتمكن من حله.

7-6- **الموارد المالية**:

تتمثل الموارد المالية في الأموال و الممتلكات و الخدمات التي يمكن أن يتحصـل عليـها الـفرد. فـهذا المصـدر الذي لا يـذكر إلا قلـيلا في المنـاقشات الخـاصة بالتـعامل مع الضـغط له أهـمية كبيـرة، نجـدها في العلاقة بين الوضعية الاقتصادية والضغط والتوافق، فالأوضاع المالية الجيدة تستطيع خفض الشعور بالتهديد و بالتالي تسهل من عملية التعـامل مع الضـغط وجعلها فعـالة.**(Lazarus, RS et Folkman, SF : 1984 p164)**

8- سلالم التعامل مع الضغط النفسي:

اهتمت بحوث ودراسات عديدة بإحصاء الطرق المختلفة التي وفقها يتصرف الفرد أمام الوضعيات الضاغطة، ومن خلال نتائج التحليل العاملي على عينة كبيرة مكونة من 468 راشد ميز لازروس و فلكمان بين نمطين أساسيين هما:

1- الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل.

2- الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.

و لكن هناك بعض الباحثين الذين لم يؤيدوا تصنيف **Lazarus et Folkman** مثل: **Fletcher et Suls (1985)** اللذان وانطلاقا من مجمل التحاليل لـ 43 بحث سابق (1960-1985) الخاصة بالمقاومة وتحصلا على الفئات التالية:

* **المقاومة المتجنبة**: التجنب، الهروب، الإنكار، العدوانية، تسمح مثل الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لـ Lazarus et Folkman بالتخفيف من حدة الانفعال وهي استراتيجية غير نشطة.

* **المقاومة اليقظة**: البحث عن معلومات، الدعم الاجتماعي، مخطط التسوية، البحث عن الوسيلة و التي تسمح مثل الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل

بمواجهة الوضعية بواسطة مجهودات معرفية و سلوكية باعتبارها استراتيجيات نشطة.

- و يعد اختلاف تصنيف استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي ليس مُهماً، و إنما المهم هو معرفة إذا ما كانت لهذه الاستراتيجيات وظيفة فعالة أي إذا كانت حقيقة تسمح بتخفيف الضغط الانفعالي أو القلق المستشار من طرف الوضعية، و لهذا تم اقتراح سلالم مختلفة بهدف تقييم التعامل مع الضغط النفسي حسب بعديها الأساسيين ونجد:

8-1- **سلم Lazarus et Folkman (1984)**:

يعرف سلم Lazarus et Folkman بتسمية " The Ways of coping check-list" متكون من 67 بند و قد تضمنت إجراءات العمل حول صدق السلم استجواب كل شهر و لمدة سنة، 100 شخص (52 إمرأة و 48 رجل) تتراوح أعمارهم بين 40 و 65 سنة، طلب منهم وصف وضعية ضاغطة و الإشارة إلى الاستراتيجية الأكثر استعمالا من بين هذه الاستراتيجيات للتعامل مع الوضعية ومن خلال نتائج التحليل العاملي تم الحصول على 8 سلالم فرعية تتضمن كل منها عدة بنود و تتوزع هذه السلالم الفرعية على نمط التعامل كمايلي:

أ- **الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل**: تضم:

1- حل المشكل.

2- روح المقاومة أو تقبل المواجهة.

ب- **الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال**: تضم:

1- أخذ الاحتياط أو تصغير التهديد.

2- إعادة التقييم الايجابي.

3- التأنيب الذاتي.

4- الهروب- التجنب.

5- البحث عن الدعم الاجتماعي.

6- التحكم في الذات. **(Lazarus, RS et Folkman, SF : 1984)**

8-2- سلم Vitaliano et al (1985):

هي نسخة مختصرة لسلم **Lazarus et Folkman** و تتكون من 42 بند تسمى The Ways of coping check-list وضعت من طرف **Vitaliano** وأعوانه **Russo- Becker- Carr et Maniro (1985)** و التحليل العاملي بعد la rotation varimax يبين وجود 5 سلالم هي:

1- حل المشكل.
2- التأنيب الذاتي.
3- إعادة التقييم الايجابي.
4- البحث عن الدعم الاجتماعي.
5- التجنب.

8-3- سلم Paulhan et al (1994):

تعد صورة مكيفة حسب البيئة الفرنسية حيث قامت **Paulhan** و أعوانها بتكييف النسخة المختصرة لـ **Vitaliano** و أعوانه و كان هدفهم هو معرفة فعالية المقاومة و دورها المعدل في العلاقة ضغط-توتر، و قد تضمنت خطوات التكييف: ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة Bordeaux ثم تطبيقه على عينة مكونة من 501 راشد بين طلاب و عاملين من كلا الجنسين (172 رجل و 329 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين 20-35 سنة، و باتباع نفس التعليمة. ثم بالتحليل العاملي مع Rotation varimax سمح بالحصول على الأبعاد التالية و المتعلق بالعوامل:

- حل المشكل (VT 9.4%).
- التجنب مع التفكير الايجابي (VT 7.5%).
- البحث عن الدعم الاجتماعي (VT 6.5%).
- إعادة التقييم الايجابي (VT 5.9%).
- التأنيب الذاتي (VT 5.7%).

هذه النتائج سمحت بتكوين سلم ذو مصداقية متكون من 29 بند فقط تقيم 5 أنماط لاستراتيجيات المقاومة و هو سلم **Paulhan et All (1994).**

ويلخص **الجدول رقم (1): مختلف السلالم المتعلقة بكيفية التعامل مع الضغط النفسي**

Schooler et Pearlking (1978)	Billing et Moos (1981)	Mc. Crace (1982)	Equipe de Lazarus et Folkman (1986)	Roberts et al (1987)
البحث عن المساندة	البحث عن المساندة	بحث عن سند	البحث عن سند اجتماعي	تسيير عاطفي
مفاوضة (تداول)	تبادل شفوي مع الأقارب	مقارنة اجتماعية	المجابهة	تفريغ انفعالي
سلوك تفاؤلي	القمع و تحكم في المدركات	القمع الفكري	الابتعاد	حل عقلاني للمشكل
تجنب انتقائي	البحث التحليلي عن الحل	النسيان العمري	إعادة المواجهة الايجابية	
مقارنة ايجابية		تفكير ايجابي		تحليل منطقي
تغيير المبادئ الأولى	تجنب	قمع العواطف	تحكم و مراقبة	
التحكم أو التفريغ الانفعال		فعل أو أسلوب عقلاني	ممارسة على نقيض الذات	
إدراك التحكم أو عدم القدرة (العجز)		اعتزال، هروب إلى المخدرات	البحث عن حل عقلاني	
		أفكار الحرية	الهروب، تجنب اتهام الذات	

جدول (1): سلالم كيفية التعامل مع الضغط النفسي

خلاصة:

من خلال دراستنا المفصلة لهذا الفصل تبين لنا أن التعامل مع الضغط النفسي لا يعتبر فقط كاستراتيجية الانفعال، بل سياق يشير إلى ماذا يفكر الفرد في وقت ما، حين يواجه عامل ضاغطة معين، بالإضافة إلى التغيرات الناتجة أثناء هذه الجهود أي تغيير المعنى الفردي للتجربة المعاشة و التوصل إلى تقييم جديد لها بطريقة ايجابية، قصد التخفيض من المستوى الشعوري للضغط النفسي المعاش. وفق نمطين لاستراتيجيات التعامل يحوي النمط الأول التركيز حول الانفعال للتخفيف من حدة التوتر الانفعالي أما النمط الثاني فيضم التركيز حول حل المشكل و معالجته، واختلاف الأفراد في طبعهم و شخصيتهم يجعلهم يختلفون في طريقة تعاملهم مع مشاكلهم، فهناك من يتحمل موقفا محبطا و يتقبله بطريقة ايجابية و هناك من لا يتحمل نفس الموقف و تكون له طريقة مغايرة في معالجته.

الفصل الثاني

أمراض القلب

تمهيد:

القلب هو ذلك العضو الحساس المليء بالأسرار الذي أودع ا فيه كل أسرار الحياة فهو العضو الذي حيّر الأطباء و العلماء في خصائصه، و لا تزال الكثير من هذه الخصائص لم تكشف بعد، إذ تعتمد أنسجة الجسم في أداء وظيفتها على القلب، غير أننا نعتبر ضربات القلب الدائمة ضرورية لبقائنا أحياء منذ لحظة الميلاد حتى المماة أمر مسلم به و هنا يتبادر إلى الذهن التساؤل التالي: كيف تؤدي هذه المضخة البسيطة و هي القلب هذه المهمة العظيمة طوال فترة الحياة؟ لاسيما أنه يتمتع ببنية فيزيولوجية خاصة به بحيث يمتاز بأوتوماتيكية النبض المنتظم، فيعمل على تنظيم سير الدم في الجسم، كما أن كل عضو فيه ذا أهمية بالغة، فإذا ما أصيب أحد أعضائه بخلل فإن ذلك يؤثر على كامل الجسم البشري إذ تتحدد صحة الفرد إلى حد كبير بقوة ضخ القلب للدم و نظمه و سرعته، لذا يتضمن الفصل الآتي شرحا بسيطا لعضلة القلب، بنيته، مميزاته، وظائفه، أمراضه، و مدى إمكانية كشفها ومعالجتها.

1- فيزيولوجية القلب:

1-1- تعريف القلب:

القلب عبارة عن نسيج عضلي في حجم قبضة اليد و شبكة طولها 60 ألف ميل من الأوعية الدموية. يؤدي القلب الوظيفة الرئيسية للجهاز الدوراني المتمثلة أساسا في ضخ الدم إلى أنسجة الجسم كلها، فبالرغم من أن هذه العضلة تشكل القوة الدافعة للدورة الدموية إلا أنها لا تستطيع القيام بوظيفتها كمضخة بدون باقي الأجزاء التي يكون معها الجهاز القلبي الوعائي و هي: الصمامات والأوعية الناتجة، الجهاز التوصيلي الكهربي- التامور وهو الغلاف المحيط بالقلب، و كذا الشرايين و الأوردة المنتشرة في جميع أجزاء الجسم.

يقع القلب في الصـدر خلف عـظم القـص و بين الـرئتين، يبرز جـانبه الأيمن إلى الأمام والجانب الأيسر إلى الخلف بحيث يتمـوضع بشـكل مائل نحو الأسفل و إلى اليسار. وتتكون عضـلته من أليـاف مخططة طـوليا تتفرع و تتظافر فيما بيـنها. **(كامل أبو المجد: 1999)**

يلاحظ أن وزن القلب لدى الإنسان مختلف باختلاف حجم الجسم و نوع الجنس، فهو يتراوح لدى الأنثى ما بين 198-279غ أي حوالي 75% من وزن القلب الذكر 256-300غ و هو عموما عند الشخص الراشد حوالي 340غ.**(شلش علي صبحي: 1984)**

يتكون القلب من أربع غرف، غرفتين علويتين هما الأذنين يستقبلان الدم العائد من الأوردة، و غرفتين هما البطنين تضخان الدم إلى الشرايين و تسمح الصمامات للدم أن يجري في اتجاه واحد فقط، فيتحكم الصمام التاجي في الجانب الأيسر والصمام الثلاثي الشرف في الجانب الأيمن في مرور الدم من الأذينين إلى البطينين، و يتحكم في جريان الدم إلى خارج البطنين الصمام الأبهر والصمام الرئوي.

فالقلب مضخة تعمل دون انقطاع بمعدل 100 ألف ضخة في اليوم، و تتألف كل نبضة من تقلص (انقباض) يليه استرخاء للألياف العضلية. **(فيصل محمد الزراد:2000)**

1-2- بنية الجهاز الدوراني:

يضم الجهاز الدوراني أجهزة عديدة ووظائف متنوعة إلا أنها تشكل بنية واحدة متكونة من مايلي:

1-2-1- جنب القلب (Parois du cœur):

يتألف القلب من ثلاث طبقات أساسية و هي على الترتيب من الداخل إلى الخارج:

أ) **الطبقة الداخلية (L'endocarde)**: و هي مبطنة لعضلة القلب و تتكون من أنسجة ضامة متواجدة على طبقات رقيقة من غشاء ناعم يدعى "النسيج الطلائي الداخلي l'endothélium » يفرز سائلا مائيا يقوم بفعل التشحيم للتخفيف من الاحتكاك أثناء الانقباض.

ب) **الطبقة العضلية (Le myocarde):** تسمى عضلة القلب وتمثل أكبر الطبقات، وهي عبارة عن طبقة عضلية رقيقة السمك من جهة الأذنين الأيمن و أكثر سمكا جهة البطن الأيسر، و يرجع ذلك إلى أن البطين الأيسر يقوم بدفع الدم خارج القلب في الصمام الأبهر الأمر الذي يستدعي تدعيمه بعضلات قوية و سميكة.

جـ) **الطبقة الخارجية(L'épicarde):** و هي تحيط بالعضلة ككيس ليفي خشن ومزيت يدعى " التامور"، و تتكون من خلايا طلائية و نسيج ضام، و هي عبارة عن كيس غشائي مغلق يقع القلب في التجويف الصدري بين الرئتين، و يحيط به غشاء التامور كمحفظة للقلب وهو يحوي قليل من السائل المصلي، و يعمل على تثبيت القلب في مكانه و سهولة حركته. **(شاش علي صبحي:** 1984)

1-2-2- الشرايين (Les artères):

للشرايين بنية تنقسم إلى ثلاث طبقات:

أ) النسيج الطلائي L'endothélium : يمتد في البطانة الداخلية.

ب) الطبقة العضلية المتوسطة Tunique moyenne musculaire: وهي طبقة غليظة تتكون من ألياف صلبة و ألياف مرنة تعمل على عيار الشرايين.

جـ) الطبقة الخارجية Tunique externe: هي طبقة ليفية غنية بالأنسجة المغذية للشرايين و الأعصاب السمبثاوية.

1-2-3- الأوعية (Les veines):

للأوعية بنية متشابهة مع الشرايين، تقوم بحمل الدم الغير مؤكسد باستثناء الأوردة الدموية الأربعة، التي تحمل الدم المؤكسد من الرئتين إلى الأذين الأيسر.**(هرمن بوميرانز: تاريخ الطبع غير وارد)**

ويعد الوريد الأجوف العلوي و الوريد الأجوف السفلي من أكبر الأوردة بالجسم، حيث يحملان الدم الغير مؤكسد من جميع أجزاء الجسم المختلفة، و يصبان في الأذين الأيمن، ويوجد عند فوهة هذه الأوردة صمامات هلالية الشكل، تسمح بمرور الدم في اتجاه القلب، ولتسمح برجوعه مرة أخرى **(شاش علي صبحي: 1984).**

1-2-4- الأنسجة (Les capillaires):

الأنسجة هي أوعية دموية رقيقة جدا، تتكون من طبقة واحدة من خلايا داخلية مسطحة، ذات غشاء قاعدي متصل، و هي تمثل الطبقة الداخلية في تركيب الشريان والوريد، حيث تسمح بالتبادلات الغازية، و تعتبر بمثابة رواق للبلازما، و عبور الكريات البيضاء، فهي العامل الأساسي في عملية النفوذ، و يمكن تمييز نوعين من الأنسجة هما:

أ)- الأنسجة الدموية الحقيقية:

توجد في معظم الأنسجة وتتميز بتجويف داخلي يتراوح بين 4-8 ميكرون.

ب) الأنسجة الدموية الجيبية:

توجد في معظم الأنسجة، وتتميز بتجويف داخلي قطرها الداخلي بين 5-30 ميكرون. **(آدم فتحي: 2000).**

1-2-5- اللمفاوي (Les lymphatiques):

تغطي سطح القلب شبكات بلغمية النسيج الطلائي الداخلي (l'endothélium) تنصب فيها الشبكات الناشئة من العضلة القلبية ومن الشغاف، وتتجمع في عدة جذوع تسير في مجموعتين:

مجموعة أمامية تسير في الثام بين البطين الأمامي إلى الأعلى، ثم تنصب على شكل عقد كائنة من الرغامي و القصبات.

ومجموعة خلفية تنصب في جذع واحد يسير مرافقا الشريان الإكليكي الأيمن و تنتهي في عقدة بلغمية بين الرغامي و القصبات أيضا. **(محمد فائز المط: 1989)**

1-2-6- الأعصاب (Les nerfs):

تنشأ من العصب الرئوي المعدي ومن العصب الودي و تمتد على وجهي القلب الأمامي و الخلفي مؤلفة الضفيرتين القلبيتين الأمامية و الخلفية و تنشأ من هاتين الظفيرتين: شعب تسير رأسا إلى الأذينتين فتسمى الخيوط الأذنية، وشعب أخرى تكون حول الشريان الإكليلي ضفيرتين الإكليليتين اليمنى و اليسرى، و شعب ثالثة تتفارع فيما بينها على سطح القلب مؤلفة الضفيرة تحت التامور التي تحوي عددا من العقد المجهرية تصطف على طول الأثلام القلبية و حول فوهات الأذينين الوريدية ترسل الضفيرتين الإكليليتان خيوطا عصبية تجتاز عضلة القلب و تكون بين القلب و شغافة الضفيرة تحت الشغاف. تعصب الضفيرة تحت التامور والطبقات السطحية من العضلة القلبية، و تعصب الضفيرة تحت الشغاف و الطبقات العميقة من العضلة القلبية. كما يحتوي القلب على خلايا عصبية مجتمعة على هيئة عقد عصبية و هي:

1- أعصاب القلب الودية.

2- أعصاب القلب الرئوية المعدية.

3- الضفيرة القلبية.

4- عقد القلب. **(فايز المط: 1989).**

و يوضح الرسم رقم (1) و رقم (2) المرفقين بالملاحق بنية القلب.

1-1- خصوصيات ومميزات العضلة القلبية:

يعتبر أهم ما يمتاز به القلب انفراده بألياف مخططة مثل عضلات الهيكل العظمي على خلاف عضلات الأعضاء الداخلية المكونة من أنسجة عضلية ملساء، كما أنه يمتاز بقابلية للنبض المنتظم أو التقلص الأوتوماتيكي و هذا ما يعرف بأوتوماتيكية القلب، ويرجع هذا لوجود خلايا خاصة في عضلة القلب. حيث تصل

بانتظام استشارات إلى المسالك العضلية الأذينان ثم البطينان، و بالتالي ينقبض الأذينان ثم ثانيا ينقبض البطينان. **(Souzmer, A et Patrichia, O : 1985)**

- فخصائص العضلة القلبية تتمثل فيما يلي:

1- قابلية الانقباض و قوة انقباض تتبع لقانون ستارلينغ.

2- خاصية النقل "نقل التنبهات إلى جميع أجزاء القلب".

3- قابلية النظم "التواتر الذاتي، توليد التنبهات القلبية مع العقدة الجيبية الأذينية بدون أي تنبيه خارجي".

4- قابلية الإثارة "استجابة للمنبهات على شكل انقباضات".

5- فترة العصيان بحـيث لا تستـجيب العـضلة إلى أي تنبيه و هي خلال فترة الانقباض. **(عصام الحمصي: تاريخ الطبع غير وارد)**

- هناك مرحلتين تمر بهما الدورة الدموية (le cycle cardiaque) هما:

أ) مرحلة الانقباض البطيني (Systole ventriculaire): فيها يتم ضخ الدم من البطنين إلى الرئتين بواسطة الشريان الرئوي من جهة، ومن جهة أخرى إلى المحيط بواسطة البطين الأيسر و الأبهر (l'aorte)، فالبطين الأيسر ينقبض بدوره حين وصول الدم إليه ليضخه إلى المحيط.

ب) مرحلة الارتخاء البطيني (Diastole ventriculaire): في هذه المرحلة يتم الملئ البطيني. **(آدم فتحي: 2000)**

- أما فيما يخص النبض فنميز ثلاث مراحل هي:

أ- انقباض متناوب للأذينين Systole aurtriculaire و يدوم 0.1 ثانية.

ب- انقباض متناوب للبطينين Systole ventriculaire و يدوم حوالي 0.3 ثانية.

جـ- ارتخاء كلي للقلب: Diastole و يدوم حوالي 0.4 ثانية.

وتختلف عملية النبض القلبية باختلاف السن، نوعية النشاط و الحالات الانفعالية أو المرضية للجسم. **(Souzmer A et Patrichia, O : 1985)**

1-4- وظيفة القلب:

يعمل القلب عمل المضخة الدموية التي تقوم بضخ الدم إلى جميع أنحاء الجسم وذلك وفق الدورة الدموية.

1-4-1- الدورة الدموية (La circulation du sanguine):

إضافة إلى القلب الذي يعد مركز الجهاز الدوراني فإنه يتكون من مجموعة من الأوعية الدموية les veines sanguines و هي تصل إلى جميع أنحاء الجسم و تتعدد وتختلف من حيث الشكل و الوظيفة إذ أن هناك الشرايين و الأوردة:

أ) **الشرايين: (Les artères)**:

و هي الأوعية الناقلة للدم خارج القلب فهي تعد يدفع مسالك مرنة و غليظة حيث تتماشى ووظيفتها تلك، إذ أنه عند انقباض القلب يولد ضغط، يدفع الدم إلى الشرايين، و بفضل مرونتها و غلاضتها تتحمل هذا الضغط و تتسع لاستمرار مرود الدم. تنبعث شرايين كبيرة الحجم من القلب و كلما قل حجمها وزاد تفرعها كانت بعيدة عنه (القلب)، و تسري المواد المنحلة عبر البلازما (plasma) داخل هذه المسالك فتعدي جميع خلايا الجسم.

ب)- **الأوردة (Les veines)**:

تستقبل الأوردة الدم القادم وتذهب محملة CO_2 ثاني أكسيد الكربون من جميع أنحاء الجسم إلى القلب، وهي أقل صلابة من الشرايين، كما أن مسالكها ضيقة لذا يكون فيها الضغط منخفض. **(حكمت عبد الحكيم: 1996)**

- وتنقسم الدورة الدموية كما هو مبين في الرسم رقم (03) المرفق بالملحق إلى قسمين متكاملين يشكلان معا نظاما دوريا مقفلا هما:

1-4-1-1- الدورة الدموية الصغرى: (La petite circulation sanguine)

تبدأ في البطن الأيمن الذي يتقلص و يدفع الدم الذي ينقصه الأكسجين O_2 إلى الشريان الرئوي عبر الصمام الرئوي، بعد ذلك يتفرع الشريان الرئوي إلى فرعين، يدخل كل فرع منهما إلى الرئة المقابلة لتفريغ حمولته من الدم الغير النقي فيها، فيتشعب كل فرع إلى فروع شريانية تصغر تدريجيا داخل الرئة فينفذ الدم اتباعا إلى جميع الخلايا الرئوية، و بعد أن تقوم الرئة بتنقية الدم و تخلصه من CO_2 ثاني أكسيد ثاني الكربون وتشبعه O_2 بالأكسجين، يتجمع الدم النقي و المشبع

بالأكسجين O_2 في أوردة دقيقة تكبر اتبـاعا حـتى تكـون أربعـة أوردة رئـوية تعـود بالـدم إلى الأذين الأيسـر مـن القـلب. **(آدم فتحي: 2000)**

1-4-1-2- الدورة الدموية الكبرى (La grande circulation sanguine):

تبدأ في البطين الأيسر من القلب، حيث ينقبض و يدفع الدم المشبع بالأكسجين O_2 والمواد المغذية إلى الشريان الأبهر عبر الصمام الأبهر، فيتقوس الأبهر على الأعلى والأيسر ثم يهبط طوليا بمعاداة العمود الفقري.

عندما يخرج هذا الشريان الرئيسي من البطين الأيسر إلى عدة شرايين، تعمل على تغذية وتروية جميع أعضاء الجسم بالدم بدأ بالرأس و الرقبة والأعضاء الصدرية والبطينية والأطراف العليا و السفلى، و هكذا يتم توزيع الدم على جميع الأنسجة والأعضاء، ثم تخلصها من ثاني أكسيد الكربون CO_2، و تدريجيا يصبح الدم آنذاك مشحونا بالفضلات، و يعود إلى القلب عن طـريق أوردة تتجـمع فيمـا بينها فتشكل وريدان رئيسيان هما:"الوريـد الأجـوف السفـلي" و يصبان في الأذين الأيمن من القـلب. **(آدم فتحي: 2000).**

يشكل القلب و الأوعية الدموية جهازا دورانيا مغلقا، إذ عندما يترك دم القلب يجري عبر الأبهر و منه أوعية قوية تجري في الفضلات، و تنقسم بدورها إلى أوعية أصغر تدعى شرينات متشعبة، دقيقة و رقيقة الجدار، تمر بين الخلايا لتزودها بالأكسجين O_2 والغلوكوز و الهرمونات و غيرها من المواد الأساسية. ثم تعود و تتجمع الأوعية الشعرية لتكوّن وريدان تؤدي إلى أوردة أكبر فأكبر حتى تصل إلى الوريدين الأجوفين الكبيرين العلوي والسفلي لتصب آخر الأمر في الأذين الأيمن، فالبطين الأيمن ومن ثم إلى الشريان الرئوي أين يعود في الدورة الدموية الصغرى. **(Souzmer, A et Patrichia, O : 1985)**

2- أمراض القلب:

2-1- تعريف أمراض القلب:

يؤدي أي خلـل أو إصـابة في التركيب التشريحي للقلب أو الأوعية أو في وظيفتها إلى ما يسمى "مرض القلب" و قد تكون الإصابة في التامور أو العضلة القلبية، أوالصمامات (الدسامات) أو الشفاف، أو الحاجز بين الأذينين أو الحاجز بين البطينين، أوجملة الألياف النوعية، أو شرايين القلب، أو الأوعية التي تخرج من القلب، أو التي تصب فيه، و قد يكون المرض عبارة عن شذوذ في نشوء الأوعية أو تبدلا في أمكنتها.

كما قد تكـون هذه الأمراض و لاديـة أو بسبـب الروماتيزم فتـصيب الدسامات ويضاف إلى الأمـراض السابـقة الذكـر اعتلالات العضلـة القلبيـة الأوليـة والثانـوية وأورام القلـب واضطـرابات النظـم و إصـابات الدسامـات الإفـرنجية والتصلبية وغيرها. **(محمد ياسين عطوف: 1981)**

2-2- مضاعفات أمراض القلب:

قد لا يشكو مريض القلب من أية شكاية خاصة في المراحل الأولى من المرض، إلا أنه في المراحل المتقدمة للمرض تبدأ شكاية المريض من مضاعفات رئيسية تجعله يتصل بمصلحة أمراض القلب، و من بين هذه المضاعفات نذكر:

2-2-1- الخفقان:

الخفقان هو إحساس و شعور المريض بدقات قلبية متسارعة لأنه في الحالة الطبيعية لا يحس بهذه الضربات، و قد يكون هذا الخفقان متقطعا سببه هجمة تسرع قلب حيث تستمر مدة من الزمن، مما يوجب معرفة إذا بدأت بشكل فجائي أو تدريجي، وهل كان انتماؤها أيضا فجائيا أم تدريجيا، ومن أهم أسبابه هي:

أ- خوارج الانقباض:

حيث يشعر المريض أن قلبه يتوقف لفترة ضربة واحدة و يتجلى هذا الحس أحيانا كضربة على الصدر أو حس بفراغ في الصدر أو المعدة و أحيانا قد لا

يشعر المريض بخوارج الانقباض التي تبقى مجهولة حتى يكتشفها الطبيب، و في هذه الحالة كثيرا ما تكون خوارج الانقباض مرافقة لإصابة قلبية شديدة.

2- - **نوبة تسرع القلب الاشتدادي الرجفان الأذيني**:

تبدأ النوبة فجأة و تكون ضربات القلب غير منتظمة غالبا ما تترافق منذ الدقائق الأولى بالحاجة إلى التبول.

جـ - نوبة تسرع قلب جيبي:

وهي أكثر أسباب الخفقان حدوثا، يثيرها غالبا القيام بجهد أو تأثر عاطفي أوالإكثار من التدخين أو القهوة، و قد تبدأ النوبة بشكل فجائي أو تدريجي و قد يحدث ليلا فتوقظ المصاب، و يبلغ تسارع القلب في هذه النوبة عادة ما بين 100-130 ضربة في الدقيقة وتبقى ضربات القلب منتظمة و تخف بالراحة، أما انتهاء النوبة فيحدث بشكل تدريجي وقد تتكرر خلال بعض الأيام.

2-2-2- ضيق التنفس (الزلة التنفسية):

يحس المريض بأنه يتنفس بشكل مزعج، ففي الحالة الطبيعية يتنفس الإنسان بشكل عادي دون أن يشعر بتنفسه، و لكن في حالات ضيق التنفس يحس أنه بحاجة لمزيد من الهواء و تتجلى الزلة التنفسية بشكلين أساسيين هما:

أ- الزلة التنفسية الدائمة.

ب- الزلة التنفسية الاشتدادية و هي تنقسم إلى:

* زلة جهدية تحصل أثناء القيام بجهد.

* زلة اضطجاعية تحصل عندما يستلقي المريض في السرير بسبب اندفاع الدم نحو الرئة و تحدث الزلة بسبب امتلاء الرئة بالدم و ارتفاع الضغط في الأوعية الشعرية الرئوية إما نتيجة لقصور القلب أو لتضييق في الدسام التاجي. **(محمد رفعت: 1991)**

2-2-3- السعال:

يحدث السعال أثناء الراحة أو الجهد في أمراض القلب، و قد يكون التعبير الوحيد عن وذمة رئوية خفيفة. أما عند تصبح الودمة الرئوية صريحة فإنها تبـدأ

عادة السعـال، إلا أن السعـال يحـدث عنـد مريـض القـلب بسـبب التهـاب القـصبات الحـادة. **(عباس عمارة الدين: 1987).**

2-2-4- الآلام القلبية:

تتجلى معظم الآلام القلبية بآلام صدرية و أكثرها حدوثا الآلام الناشئة عن نقص النزوية الإكليلية أي نقص وصول الدم الحامل للأوكسجين إلى عضلة القلب، وأهم أسبابها هو تصلب الشرايين الإكليلية، حيث يشعر المصاب بضغط لا يعرف مصدره على عظمة الصدر فيمتد إلى الكتف الأيسر و نزولا إلى الذراع اليسرى و في بعض الحالات يتأثر الكتف و الذراع اليسرى فقط.

2-2-5- نفث الدم:

يعني خروج الدم من الجهاز التنفسي أثناء السعال و يميز في ثلاثة أشكال هي:

أ- **نفث الدم المرافق للوذمة الرئوية:** ففي هذه الحالة يكون منشأ الدم من الحويصلات الرئوية و يترافق بالسعال وقد يكون غزيراً كما أنه يكون هنا دما نقيا أحمر.

ب- **نفث الدم الناتج عن احتشاء الرئة:** يكون فيه لون الدم مائلا للسواد و كميته ضئيلة.

ت- **نفث الدم المنعزل غير المترافق بوذمة رئوية أو احتشاء الرئة:** يشاهد خاصة عند المصابين بآفة في الدسام التاجي.

2-2-6- الغثيان و الدوخة:

الغثيان أو فقدان الوعي يتمثل في عدم القدرة على البقاء في وضعية الوقوف وبالتالي فإن المريض يهوي و يحدث ذلك نتيجة نقص في تروية الدماغ اللازم بسبب هبوط الضغط الشرياني و توقف الضخ القلبي اليمني.

أما بالنسبة للدوخة فليس الأمر متعلق دائما بأمراض القلب ولكن الاضطرابات القلبية التي غالبا ما تسبب نقص في تروية الدماغ لا تكون كافية للتسبب بالغثيان و لكن بالدوخة. **(محمد ياسين عطوف: 1981)**

2-2-7- الإزرقاق:

هو تلوين الجلد و خاصة الأنسجة المخاطية بلون أزرق، و عندما يكون الإزرقاق خفيفا يظهر فقط على الشفتين و الأظافر، و قلما يشاهد إلا في ضوء النهار أما عندما يكون شديداً فإنه يظهر في كافة أنحاء الجسم.

2-2-8- الانتفاخ في الكاحلين:

هذه الحالة الاستسقائية تسمى الأوديما ومنها تتشبع القدمان و الكاحـلان بالسوائل وهذه إشـارة إلى وجـود حـالة الهـبوط القـلبي الاحتقـاني، فيصبـح الدم متجمدا وينـزل إلى الـرئتين مسببـا انهيـارا وتقطعا في التنفس و اختناق الرئتين وسعال متمزق. **(إميل خليل بيدس: 1991)**

2-3- أسباب أمراض القلب:

قبل عشر سنوات لم يكن الأطباء يعرفون شيئا كثيرا عن أسباب الخطر و الإصابة بالأمراض القلبية، أما اليوم فقد صاروا قادرين على تحديدها و الأهم من ذلك، بإمكانهم أن ينشدوا إلى كيفية تجنبها، و هن أهم أسباب الإصابة بمرض القلب هي:

2-3-1- الإسراف في التدخين:

يرفع التدخين في نسبة خطر الإصابة بالنوبات القلبية، إذ تستطيع السيجارة الواحدة أن تزيد سرعة خفقان القلب و تزيد ضغط الدم و تعوق اندفاعه كما أنها تزيد من تراكم أول أكسيد الكربون CO_2 و ميل خضاب الدم (Hymoglobine) إلى الاتحاد مع أول أكسيد الكربون يفوق مائتان 200 مرة ميله إلى الاتحاد بالأكسجين O_2، لذلك يكفي قليلا من CO_2 لإزاحة O_2 عن الهيموغلوبين، و يمكن أن يؤدي نقص الأوكسجين O_2 إلى خناق الصدر Angina Pictoris و لسوء الحظ نجد أن المدخنين الذين ينتقلون إلى تدخين السجائر الخالية من النيكوتين لا يتخلصون من هذه المشكلة و قد أثبتت الدراسات بعد فحص لمرضى القلب حين يدخنون سجائر بالنيكوتين أو بدون نيكوتين بعدم وجود فرق في الآثار الذي يتركه التدخين على خطوط صورة القلب الكهربائية EKG أو على نتائج فحوص الإجهاد. **(محمد رفعت: 1991)**

2-3-2- ارتفاع الضغط الدموي:

يزيد ارتفاع ضغط الدم من فرص الإصابة بالمرض القلبي، فالشخص الذي يكون ضغطه الأعلى السيستولي Systolic أكثر من 160 يبلغ خطر إصابته بنوبة قلبية أربعة مرات خطر إصابة الشخص الذي يكون ضغطه السيستولي أدنى من 120. فكلما ظل الضغط المرتفع مدة أطول زاد احتمال تأثيره في القلب و الدماغ و الأوعية الدموية والكليتين.

3-3-2- انخفاض الضغط الدموي:

يؤدي انخفاض ضغط الدم بصورة حادة إلى توقف الدورة الدموية مما يتسبب بالوفاة و لكن حاليا يمكن تنبيه القلب فيعود إلى الخفقان تحت ظروف معينة.

4-3-2- البدانة:

عادة الأشخاص البدينون جدا يتعرضون أكثر من غيرهم للموت المفاجئ، فالسمنة تتميز بتراكم الدهن في أماكن عديدة من الجسم، لكنها غالبا ما تكون عارضا مهما ومشتركا للعديد من الأمراض و علاقتها السببية وطيدة و أكيدة بمرض تصلب الشرايين التعصدي وارتفاع الضغط الشرياني، وكثيرا ما ترافقها اضطرابات أخرى لها أثر على صحة السمين و حياته كالسكري و ارتفاع مقادير الكولسترول و ذهنيات الدم.

و حدود السمنة ما تزال مكان مناقشات و لكن علميا يمكن اعتبار كل زيادة تتعدى 10% من الوزن الشخصي تكون سمنة بادئة، و هي متوسطة حتى 20% و سمنة مفرطة إذا تعدت الزيادة 30% أو أكثر. **(محمد ياسين عطوف: 1981)**

5-3-2- ارتفاع مستوى الكولسترول و الدهون:

دلت عدة دراسات على وجود علاقة بين مستويات الكولسترول و غيره من الدهون في الدم من جهة والأمراض القلبية من جهة أخرى، فدراسة "فرامنهغام" وجدت أن وتيرة حدوث أمراض قلب تاجية لدى الأشخاص الذين لهم نسبة عالية من الكولسترول و التي تفوق 259 ترتفع نسبة إصابتهم بمعدل أكبر من 7 مرات منها لدى الأشخاص الذين أرقام الكولسترول لديهم أقل من 200. فدهنيات الدم توجد عند الرجل أكثر منها عند المرأة وتتراوح بين 5.5-7.5 غرام في اللتر

الواحد من بلازما الدم و تتألف من الحموض الدسمة الحرة و الدهنيات الفسفورية و الكولسترول و الدهنيات البروتينية التي تنقلها في الدم جميعها، فكلما ازداد تراكم الكولسترول والدهون كلما ازدادت نسبة انسداد الأوعية الدموية، وعند انسداد شريان من الشرايين القلب التاجية فالإصابة تسمى نوبة قلبية أواحتشاء العضلة القلبية. **(محمد ياسين عطوف: 1981)**

2-3-6- داء السكري:

تحدث النوبات القلبية أكثر عند الأشخاص المصابين بداء السكري و قد وجد الباحثون أن مستوى ضغط الدم و الكولسترول يكون أعلى لدى مرضى السكري من غيرهم، و توجد بين كل 5 مرضى بالسكري 4 يعانون فرط الوزن و لهذه الأسباب يكون مرضى السكري عرضة للأمراض القلبية المتعددة، و إن خطر الموت من مرض القلب أعلى بمقدار 3 مرات لدى الرجال المصابين بالسكري، و أعلى بمقدار 6 مرات لدى النساء المصابات بالسكري حسب دراسة "فرامنغهام" إذ أن تجمّع السكر بالدم يزيد من المواد الدهنية بالدم و التي قد تترسب على جدران الأوعية الدموية مسببة تصلب الشرايين وربما النوبة القلبية. **(أمين رويحة: 1983)**

2-3-7- الحياة الساكنة:

الحياة الساكنة وانعدام النشاط الجسمي قد تزيد من خطر الإصابة بالأمراض القلبية، إذ أن النشاط البدني يفيد في تخفيض ضغط الدم العالي، كما أن ممارسة الرياضة تساعد على بناء جهاز دوراني إضافي بحيث يتزود الشخص بإجهاد مضبوط يمكن أن يؤدي إلى نشوء أوعية إضافية، حتى أنه من الممكن الوقاية من الأمراض القلبية إذا كانت الدورة الدموية كبيرة لأن الأوعية الاحتياطية تقوم بالمهمة فورا، إضافة إلى أن الرياضة تزيل الانفعالات الحبيسة و الإجهاد الداخلي.

ومن جهة أخرى مهما يكن للرياضة من أثر وفائدة لا يمكن بشكل من الأشكال القبول بألا ترافقها احتياطات وممارسات هامة ذات أثر مساعد كبير كالامتناع عن التدخين، تنزيل الوزن، تجنب الدهنيات ذات الحموض المشبعة و الغنية بالكولسترول، وأخيرا أخذ القسط الوافي من الراحة اليومية الكافية، و اللجوء إلى فترات منتظمة من الاسترخاء. **(محمد ياسين عطوف: 1981)**

2-3-8- الضغط النفسي والإجهاد اليومي:

يعد الإجهاد المزمن الذي يدوم لفترة طويلة سببا للإصابة بالمرض القلبي، لاسيما وأن الإجهاد يؤثر على صحة القلب حين يكون هناك توتر وقلق وغضب، إذ يرسل الدماغ إشارات تسبب تبدلات جسمية، من بينها تقلصات الشرايين الصغيرة المعروفة باسم الشرينات Artérioles وحين تنقبض الشرايين الصغيرة تسد الشرايين التاجية جزئيا بالترسبات الدهنية، كما أن الإجهاد يزيد من احتمال الإصابة بثلاث عوامل خطر أخرى: فهو يرفع ضغط الدم في المواقف المجهدة، كما يقوي احتمال الإصابة بثلاث عوامل خطر أخرى: فهو يرفع ضغط الدم في المواقف المجهدة، كما يقوي احتمال ممارسة التدخين وهناك ما يشير إلى زيادة في كولسترول المصل. **(Fontaine, O : 1996)**

2-3-9- نوع الشخصية:

في السنوات الأخيرة تم تأكيد تأثير الشخصية والسلوك على القلب وصار الباحثون يعتقدون بوجود نوعين من الشخصية: الشخصية (أ) و الشخصية من نوع (ب) و أن النوع (أ) هو الذي ينزع إلى الإصابة بالمرض التاجي.

فالشخصية من نوع (أ): تتميز بالدينامية و العمل الدائم و الإجهاد المتواصل، و هم في صراع دائم مع الوقت الذي له عندهم أهمية كبيرة، و لكنه أبد غير كاف لإنجاز المزيد و المزيد من الأعمال و المهمات المتعددة في آن واحد، صاحب هذه الفئة متسرع غير صبور ولا يطيق الانتظار، شديد الانفعال و يظهر ذلك سريعا على قسماته وحركاته و كلامه، فما يقوم به من أعمال لا يروي غليله و هو دائم النزوع إلى الدخول مع الآخرين منافسة و بشيء من العدوانية أحيانا، لا يجب أن يغلب في الحديث و لا يتقبل الجدال أو المناقشة، يحب المنافسة ولا يروق له الإذعان للآخرين، وفي البيت كثيرا ما يصطدم مع أفراد العائلة و يخاصمهم.

أما الشخصية من نوع (ب): هم الأقل إصابة بالنوبة القلبية فإن خصائص الشخصية عندهم تناقض تماما خصائص الفئة (أ)هم كثرة بين السياسيين والموظفين الكبار والمدعين العامين و العاملين بالمحاسبة وذلك لمقدرتهم الفائقة

على مجابهة الأمور بصبر و تأن و عدم اتخاذ القرار بعجلة و تسرع و التصرف حيال الآخرين بكثير من اللياقة و المجاملة، لمعرفتهم بمدى إمكانياتهم و حدود طموحاتهم و قدراتهم. علـى عـكس جمـاعة الفئة (أ) الـذين يرفضـون أصـلا القبـول أو حـتى التفـكير بـذلك. **(هارون توفيق الرشيدي: 1999)**

2-3-10- الوراثة:

إن الاعتقاد السائد بأن للوراثة دورها في مرض الشرايين له ما يدعمه و يبرزه خاصة عندما يلاحظ و بكثرة وجود ما يشبه التوارث للإصابات القلبية عند بعض العائلات، و الأطباء أنفسهم يشجعون أيضا على هذا الاعتقاد عندما نراهم لا يغفلون عن السؤال عن الأبوين و عما إذا لم يكونا من المصابين وعن الإخوة والعمات والخالات أيضا، والحقيقة أن مجرد وجود إصابة قلبية عند الأهل ليست بالضرورة إصابة الأبناء فيما بعد، كما أنه لا يمكن إنكار ما للوراثة من أثر عندما يتعلق الأمر بميزاج و نفسية المريض و إلى حد ما في الحالات زيادات الكولسترول في الدم العائلية أو فيما يتعلق بداء السكري و السمنة أحيانا أيضا. و مهما يكن من أمر الوراثة و مدى أهمية الدور الذي تلعبه فإن الأهمية تعود إلى إمكانية مكافحة الخطر المتواجد و ضرورة معالجته بشكل مبكر و فعال، خاصة عندما تظهر و كأنها وراثية المنشأ. **(محمد ياسين: 1981)**

2-□- إضافة إلى هذه الأسباب البارزة، هناك أسباب أخرى تساهم في الوقوع في الإصابات القلبية و التي حددت في الجدول رقم (2) كالآتي:

أسباب الإصابة بالمرض	النسبة المئوية %
الروماتيزم	18.55
عيب خلقي	3.23
التهاب اللوزتين	9.86
تصلب الشرايين التاجية	57.26
الدوار والتعب	2.41
الربو الشعبي	1.61
نزلة شعبية	2.41
الحمية	8.06
قصور الدورة التاجية	8.06
نقص الغذاء و الإرهاق	1.61

ارتفاع نسبة البولينا في الدم	8.06

جدول رقم (2): أسباب مرض القلب

يتضح من خلال الجدول رقم (02) أن السبب الذي يحتل المكانة الرئيسية من جملة الأسباب هو تصلب الشرايين التاجية فهو المسؤول عن 57.26% من مجموع الحالات، يليـه الـرومـاتيزم بـ 18.55%، ثم التهـاب الاـوزتين بـ 9.68% و في الـدرجة الـرابعة نجـد الحميـة و قصور الدورة التاجية و ارتفاع البولينا في الدم بنسبة 8.06 لكل سبب. **(أيمن كامل أبو المجد: 1999)**

2-4- أنواع أمراض القلب: Les maladies cardiovasculaire

تعد الأمراض القلبية مختلفة متنوعة، تختلف باختلاف منطقتها المصابة و شكلها، وحدتها و أعراضها التي تظهر عند الفرد المصاب، حيث نجد أمراض قلبية ولادية خلقية تظهر عند الولادة أو في المرحلة الجنينية و أمراض قلبية أخرى مكتسبة تظهر خلال الحياة التطورية للفرد.

2-4-1- الأمراض القلبية الخلقية (الولادية):

و هي أمراض تصيب قلب الجنين و هو في طور التشكيل أو النمو مخلفة تشوهات في بنية أو شكل القلب عموما، و قد يتعرف عليها بعد الولادة، فتمثل هذه الإصابة حوالي 2% من مجموع الأمراض القلبية خاصة في السنوات الخمس الأولى و أشهر هذه التشوهات هي:

2-4-1-1- ثبات القناة الشريانية:

الثبات الغير العادي للقناة الشريانية بعد الولادة يسمح بمرور الدم من الأبهر إلى الشريان الرئوي أثناء الانقباض والارتخاء، و يتعرف عليه بظهور عجز تنفسي متواصل في البطين الأيسر بشدة كبيرة إضافة إلى الارتعاش.

2-4-1-2- العيب في الحاجز:

فتحات من الحاجز و هو جدار يقسم القلب، حيث يسمح بجزء من الدم أن ينساب خارج قنواته الطبيعية و يقلل من كمية الدماء المشبعة بالأكسجين O_2 و التي تضخ من خلال الشريان الأبهر إلى أجزاء الجسم المختلفة.

2-4-1-3- الاتصال بين البطينان:

يؤدي الاتصال بين البطينين إلى عودة الدم غير العادية من البطين الأيسر إلى البطين الأيمن أثناء الانقباض و يتعرف عليه بواسطة العجز التنفسي غير العادي، و شدة هذا العجز تؤدي إلى ارتعاشات. **(Mosfakara, A : 1984)**

2-4-1-4- تضييق الأبهر:

يؤدي هذا التقلص إلى ضيقه و بالتالي يرفع الضغط الشرياني و كذلك نقص أوتوقف نبض القلب و ظهور عجز تنفسي أيسر.

2-4-1-5- رباعية فالو:

رباعية فالو هي من العيوب القلبية الخلقية الشديدة و تحوي مجموعة من العيوب، تضيق في الفتحة ما بين الشريان الرئوي و البطين الأيمن و خروج الشريان الأبهر عن موضعه وزحفه نحو اليمين، و هكذا فهو يقع في موضع البطينين، و يحصل على الدم الشرياني والوريدي في نفس الوقت فبدلا من نشوء الشريان الأبهر من المنطقة الطبيعية لنشوئه من البطين الأيسر فإنه يقتضي كلا البطينين مما يجعله يتسلم دما مخلوطا (وريديا و شريانيا) و هو فقير التشبع بالأكسجين O_2، فالبطين الأيمن يبدأ بالتضخم و هو يحاول ضخ الدم من خلال صمام رئوي متضيق. **(محمد رفعت: 1991)**

2-4-2- الأمراض القلبية المكتسبة:

الأمراض القلبية المكتسبة هي التي تصيب القلب أو الأوعية بعد الولادة أو خلال الحياة التطورية، هناك العديد منها، و من أشهرها:

2-4-2-1- ارتفاع الضغط الشرياني:

تختلف درجات الدم العادي باختلاف السن و الوزن و الجنس، و قد اعتبرت هيئة الصحة العالمية أن الإنسان مصاب بارتفاع ضغط الدم، إذا زادت درجة الضغط عند الانقباض عن 160 ملمتر في الزئبق، أو تجاوزت درجة الضغط الانبساطي عنده عن 95 ملمتر في الزئبق. كما أن ارتفاع ضغط الدم يزيد من اتساع تصلب الشرايين عامة، حيث يؤدي تصلب شرايين القلب للذبحة الصدرية أو النوبة القلبية الحادة. تتميز أسبابه في ارتفاع المقاومة الشريانية المحيطية، التي

تلعب دورا هاما في ارتفاع الضغط الشرياني، كما يمكن أن يكون إفراز الهرمونات الكلاوية أو المضادات الكظرية سببا في ارتفاع الضغط الشرياني كما يمكن أن تكون أسبابه وراثية. لذلك لا بد من معرفة المؤشرات الدالة على هذا المرض و المتمثلة في: آلام الرأس، الدوار، رنين الأذنين، اضطرابات طفيفة في الرؤية، ضيق التنفس الغير العادي، نزيف الأنف المتكرر.

و لهذا لا يجب أخذ هذه المؤشرات بطريقة عادية لأنها أسباب مهمة تستدعي استشارة طبية.

2-4-2-2- انسداد البطانة العضلية:

تكون فيها نوبة الألم أكثر حدة و مطولة و ترافق هبوط ضغط الدم الناجم عن نحر (La nécrose) جانب من البطانة العضلية بانسداد الشريان التاجي أو الإكليلي. وسبب الانسداد هو التخثر و هذا يؤدي إلى موت نسيج القلب لعدم وصول الدم إليه و بالتالي عدم وصول الأكسجين O_2 و المواد المغذية، و أهم قسم من الشريـان التـاجي الذي يـقود إلى أزمة القلـب و احتشـائه هو القسـم الأول من الفـرع النـازل من الشريان التاجي الأيسر. **(اميل خليل بيدس: 1991)**

2-4-2-3- الأمراض الصمامية:

نجد في الأمراض الصمامية داءين جرثومين يتمثلان في:

* رخوة المفاصل الحادة Rhumatisme articulaire aigu

* التهاب الشفاف الجرثومي L'endocardite bactérienne

وهذان الأخيرين يمكن أن نجدهما في نفس الصمام (قصور الصمام التاجي والأورطي على نفس الصمام).

و كما يمكن أن نجد أيضا هذا الخلل في الصمامات الأخرى، و هذا الخلل له أثر على وظيفة القلب و الرئتين، مما يتطلب بالضرورة تدخلا جراحيا.

2-4-2-4- اضطرابات نبضات القلب:

إذا أصيب الإنسان بتلف في عضلة القلب يقطع مسار النبضات من الأذين إلى البطين، فإنه يصاب باضطراب نبض القلب، انقطاع تيار نبض القلب من الدرجة الأولى ومن الدرجة الثانية هذا و في حالة حصار القلب لهذه الدرجة

يقتضي تركيب ناظم قلبي اصطناعي أي نشوء نقاط في الأذين و البطين سريعة الإشارة تكثر عند اللذين يتميزون بالقلق الشديد أو يدمنون على التدخين أو شرب الخمر...إلخ.

أويحدث نتيجة الإصابة بتصلب الشرايين التاجية، وكل هذه الأمور يمكن أن تكون بسبب انطلاق نبضات القلب الزائدة و كما يمكن أن يحدث له إغماء، لذلك يجب استثارة القلب الداخلية Pace maker أو stimulateur cardiaque. **(محمد ياسين عطوف: 1981)**

2-4-2-5- نقص الوظيفة القلبية:

نقص الوظيفة القلبية يكون نتيجة الأمراض القلبية الوعائية و الرئوية، و هو عبارة عن عجز تدريجي للقلب الذي لا يستطيع أن يواجه عمل الجسم.

2-4-2-6- تضخم القلب:

التضخم في القلب حالة مرضية منشؤها الضغط الشديد الذي يخضع له القلب ونجده خاصة عند الرياضيين الذين يمارسون الألعاب باستمرار، ففي حالتهم يكبر القلب ويتضخم، فمن البديهي أن القلب في جهـاد المتـواصل يعمـل في وضـع ملائم، أي في وضع يتعرض للضغط و يصاب بالتعب و نتيجة هذا الجهد فإن البطينين يصيبهما التضخم. **(إميل خليل بيدس: 1991)**

2-5- وسائل الكشف الطبية:

2-5-1- الفحص العيادي (L'ausculation):

تستعمل هذه الوسيلة في الأوقات الضرورية للفحص القلبي مثلها مثل السماعة stéthoscope و التي تستعمل للكشف عما إذا كان القلب مصابا أم لا.

يتميز المصاب في حالة نقص الوظيفة القلبية بمايلي:

* النفث الانقباضي (Souffle Systolique): تكون فيه النبضة القلبية خشنة أو حادة تصل الانقباض في حالة التقلص الأورطي، ويظهر ذلك من خلال الصعوبة التي يجدها الدم أثناء المرور عبر الفوهة الأورطية الضيقة.

* النفث الاسترخائي (Souffle Diastolique): تتميز النبضة القلبية بعجز الأورطي حيث يحرض برجوع الدم عبر الفوهة الأورطية، أما النبضات الأخرى

فهي غير مستقرة لأن الانقباض فيها يكون خارق أي تقلص زائد، و هذا النفث غالبا ما يلاحظ عند الأطفال ولكنه لا يؤدي بالضرورة إلى المرض.

2-5-2- الفحص الإشعاعي (L'examen radiologique):

تحتوي هذه الوسيلة على: تصوير الأشعة الصدرية (Radioscopie): التي تسمح بمراقبة نبضات القلب و العروق.

2- - تصوير بالأشعة السينية (Les radiographies): تعمل على تثبيت صور وحوادث كثيرة تصيب القلب وهناك وسائل أخرى كثيرة ومتنوعة تسمح بفحص العروق والتجاويف القلبية منها:

- ❖ L'angio cardiographie: تفيد هذه التقنية في الفحص الإشعاعي للأوعية .
- ❖ Les aortographies: تفيد هذه التقنية للفحص الإشعاعي للأبهر.
- ❖ Artériographie: تستعمل هذه التقنية للفحص الإشعاعي للشرايين.
- ❖ Phlébographie: تستعمل هذه التقنية للفحص الشامل للجهاز القلبي الوعائي.

2-5-3- المخطط الكهربائي (L'électrocardiogramme):

يعتبر هذا المخطط ضروري للوصول إلى نشاط القلب، فهذه التقنية مستعملة لتشخيص الأمراض الإكليكية، و تتطلب من المختص التجهيز و المراقبة الخاصة.

2-5-4- الآلية القلبية (Les mécanogrammes):

تستعمل كوسيلة مسكنة للوجع، و تتطلب وسائل أكثر تعقدا أو أكثر كلفة من بينها:

*** les Phonocardiogrammes**: عمل هذه الآلة هو تسجيل نبضات القلب.

*** L'apes-cogramme:** تعمل هذه الآلة على تسجيل كل الحركات الجنينية للقلب.

*** Les carotidogrammes:** و كما يسمى بالمخطط الشرياني السباتي دوره هو فحص الشريان الذي ينقل الدم إلى الرئتين.

2-5-5- كتغسم (Les cathéterismes):

هي الوسيلة النهائية التي بواسطتها يمكن التعرف على الأمراض الداخلية للقلب، كما أنها تقتضي بعض الأخطار، و التي تعطي معلومات جد دقيقة، بحيث تسمح بقياس الضغوط الداخلية للقلب و ذلك في جميع المستويات، وعلى هذا الأساس فهذا الفحص يجرى في المراكز المختصة. **(Souzmer A, et Patrichia, O : 1995)**

2-6- علاج أمراض القلب:

2-6-1- الأدوية: تستخدم في علاج الأمراض القلبية أدوية عديدة و متنوعة على حسب نوعية، وتتمثل أشهر الأدوية المستعملة في علاج في مرض القلب فيما يلي:

* **الديجيتاليس Digitalis**: والذي يمكّن القلب من ضخ كمية أكبر من الدم في كل دقة وينظم سرعة انقباضه.

* **النيتروغليسيرين Nitroglycerine**: يمدد العضلات في الأوعية الدموية و يؤخذ للتخلص من نوبات خناق الصدر.

*** الهيبارين Heparin و الكومادين Coumadin**: يقوم بصدات التجلط لمنع الدم من التخثر.

*** البروبرانولون Propanol أو الأندريال Inderil**: فهو يخفض سرعة نبضات القلب و يجعل القلب يخفق بسرعة أكثر، كما يسمح له بأن يعمل أقل أو يستعمل لإزالة آلام خناق الصدر.

*** الأسبرين Asperine**: و هو دواء رئيسي يوصف في أغلب الأحيان بعد نوبة قلبية فهو مزيل للآلام، كما يمنع تشكل مواد تساهم في التهابات نسيجية و ارتفاع حرارة الجسم و تخثر الدم. **(أيمن كامل أبو المجد: 1999)**

2-6-2- الجراحة:

تظهر الجراحة القلبية في ثلاث طرق و هي كالآتي:

2-6-2-1- الجراحة على قلب مغلق:

و هي جراحة على قلب و هو يواصل عمله في ظروف عادية، لذلك يجب أن تكون الجراحة سريعة، بالقص (Incision) أو القطع (La

commissurotomie). هذا النوع من الجراحة سمح بإنقاذ أناس مصابون بجرح قلبي والتي تكون في بعض الأحيان أو أغلب الأحيان إصابة غير قابلة للجراحة على قلب مفتوح.

2-6-2-2- الجراحة على قلب مفتوح:

تعد جراحة معقدة و تأخذ وقتا طويلا، حوالي 5-6 ساعات على الأقل، وهي تعتبر كعلاج لبعض الأمراض القلبية الولادية كإستعمال رمامة-جراحة ترقيعية (Prothèse) وهي تقنية أو جهاز هدفه التعويض الكلي أو الجزئي للعضو المصاب.

عند العملية يجب أن تكون التجاويف القلبية فارغة من الدم، و لتحقيق ذلك يتم استعمال آلة تقوم بدور القلب، و هذا ما يسمى بالدورة الدموية خارج الجسم. بحيث تضمن هذه الأخيرة وصول الدم الذي يحمل O_2 الأكسجين إلى باقي أعضاء الجسم و بالتالي تساعد على إجراء عادي للعملية الجراحية.

و توجد نوعين من الرمامات، الصمامات القلبية:

أ) **الرمامات الميكانيكية**: تتكون الرمامات الميكانيكية من تجهيزات غير بيولوجية مشتقة من:

"Pyrolytique- carbone-Stellite" وهي تنقسم إلى نوعين:

*** رمام بيل (Prothèse Pile)**: تتكون من عنصر متحرك داخل قفص مطاطي محاط للتقليص من خطر انسداد العرق، تتراوح أحجامها بالنسبة للصمامات الأورطية ما بين 7 إلى 13ملم، و بالنسبة للصمامات القلنسية ما بين 1 إلى 5 مم.

*** الرمام الأسطواني Prothèse à disque:** متكونة من دائرة مطاطية مغلقة وتوجد بداخلها أسطوانة متأرجحة الأحجام، وهذه الصمامات تتراوح ما بين 17 إلى 31 ملم.

ب- الرمامات البيولوجية:

توفر الرمامات البيولوجية للمريض حياة أفضل من الحياة التي توفرها الرمامات الميكانيكية بحيث أن الأولى لا تصدر صوت و تقلل من خطر انسداد

العرق، بالإضافة إلى أنها تستغني عن العلاج بالأدوية ضد تخثر الدم. و هي على نوعين صمام Porc وصمام Honcoch.

2-6-2-3- زراعة القلب:

حين تخفق جميع التدابير الطبية والجراحية الأخرى في معالجة أمراض القلب يبدو زرع القلب أفضل حل لمشكلة خناق الصدر المعقدة، و هي تعتبر من أخطر العمليات القلبية حيث يتم فيها زراعة القلب الصناعي أو الطبيعي، إذ أن معظم الأطباء يفضلون القلب الصناعي عن القلب الطبيعي و ذلـك تفـاديا لمشكـلة رفض الجسم القلب الغريب، و كذا مشكلة تناول الأدوية المضادة للرفض التي يمكن أن ينجم عنها تأثير ضار جدا على الجسم. **(André, D et Jacques, B : 1985)**

2-7- الكفالة النفسية:

يصاحب العلاج الطبي لأمراض القلب كفالة نفسية تسمح للمريض بالتعبير عن انفعالاته و نواحي قلقه و معاناته النفسية ليحسن من تكيفه و تعايشه مع المرض، ويتمحور غالبا عمل الأخصائي النفساني بتهيئة جو مناسب يستطيع المصاب فيه التعبير عن حالته بصراحة و يفرغ ما بنفسه من أجل التخفيف من حالته و جعله يتقبل العلاج بسهولة، و تبسيط أعراض المرض و طمأنة المريض بالتخلي عن الأفكار المأساوية حول مرضه. **(حسين فايد: 2001)**، إلا أن المساعدة النفسية عموما لا تنحصر في علاج الاضطرابات الانفعالية و التخفيف من القلق، و إنما تتعدى هذا إلى خلق علاقة تأثيرية بين المريض و الأخصائي النفساني كشخص موثوق به يستخدم مجموعة تقنيات علاجية، و مواقف متعددة من أجل علاج الاضطرابات النفسية للمريض حسب ما تقتضيه الحالة بالإسناد إلى الاعتبارات النفسية و دراسة الحالة المرضية للـكشف عن السـبب الـحقيقي للمـرض، وهذا بعـد جمـع المعلومـات الخاصـة بالمـريض و الـتي هي بمثـابة ملـف شـامل يخـص المفحـوص قصـد مسـاعدته عـلى أسـاس علـمي. **(محمد السيد الهابط: تاريخ الطبع غير وارد)**

خلاصة:

القلب جهاز صغير يسكن التجويف الصدري و لكنه كثير الأهمية، حركاته عنوان الحياة، و سكونه يعني فقدان لكل شيء، و لهذا تعتبر أي إصابة على مستوى القلب من الأمراض الخطيرة لأنه مصدر أمراض كثيرة ومتنوعة، تختلف باختلاف المناطق المصابة به، فالبعض منها خلقي، ولادي، يظهر عند الولادة خلال المرحلة الجنينية، والبعض الآخر مكتسب يظهر خلال المرحلة التطورية لحياة الفرد، و يتم التعريف عنها بتقنيات مختلفة تساعد على التشخيص ومن ثم العلاج سواء كان طبي أو جراحي باختلاف نوعية الإصابة بمرض القلب.

الفصل الثالث

داء السكري

تمهيد:

يحتاج جسم الإنسان للطعام من أجل النمو وتجديد الخلايا، كما أن الطعام يزود الجسم بالطاقة الضرورية. يعتبر السكر وخاصة سكر الغلوكوز أحد أهم مصادر الطاقة للجسم، ويحصل عليه الإنسان من خلال تناوله للأغذية النشوية والسكرية (الكربوهيدرات) حيث تهضم هذه الأغذية في القناة الهضمية، وتتحول إلى سكر غلوكوز الذي يمتص في القناة الهضمية ليذهب إلى مجرى الدم، ويمكن الاستفادة منه كمصدر للطاقة و يستطيع الجسم تنظيم كمية السكر الموجودة في الدم بعناية فائقة، إذ ترتفع كمية السكر في الدم بعد تناول الوجبة الغذائية تدريجيا، فيخزن الزائد بسرعة، حتى لا يتجاوز مستوى السكر في الدم حدا معينا، و بهذه العملية يعود السكر إلى مستواه الطبيعي. غير أنه أحيانا يحدث ارتفاع مزمن في نسبة السكر (الغلوكوز) في الدم عن المعدل الطبيعي عند بعض الأشخاص، وهذا ما يجعلهم عرضة للإصابة بداء السكري الذي سنتعرض إليه بنوع من التفصيل في هذا الفصل عن كيفية حدوثه و مضاعفاته وأنواعه...الخ.

1- تعريف داء السكري:

داء السكري: عبارة عن حالة ارتفاع مزمنة لنسبة السكر (ارتفاع كمية الغلوكوز في الدم) نتيجة لعوامل وراثية و بيئية تتظافر مع بعضها البعض.

إذ يتميز داء السكري بازدياد نسبة السكر عن المعتاد مما يؤدي إلى عدم التوازن في عملية الأيض وحين يصل سكر الدم إلى 160 ملغ/دسل فإن السكر الزائد يفرز مع البول وتذهب معه كميات كبيرة من الماء والتكوينات العضوية التي تدخل في بلازما الدم. **(محمد رفعت: 1981)**

زيادة على كون داء السكري من الاضطرابات الأيضية الهيدروكربونية فهو مرتبط سواء بإعاقة في إفراز الأنسولين أو بمقاومة غير عادية لهذا الهرمون، أين يقع تراكم لمادة الغلوكوز في أنسجة الخلايا. **(أمين رويحة: 1983)**

و يصنف داء السكري ضمن الأمراض المزمنة المرتبطة باضطراب أيضي لهيدرات الكربون المتعلق بنقص إفراز الأنسولين من قبل الخلايا "بيتا" β لجزر لانجرهانس بالبنكرياس وهذا النقص يمكن أن يحدث لدى الطفل كما يمكن أن يحدث لدى الراشد وتتأكد الإصابة بداء السكري إذا كانت نسبة السكر بالدم أعلى من 1.26 غ/ل أي ما يعادل 11 ميليمول/ل. **(مية الرحبي: تاريخ الطبع غير وارد)**

2- كيفية حدوث داء السكري:

يوجد قدر من السكر في دم كل إنسان، لحاجة الجسم إليه كمصدر للطاقة، والغلوكوز هو أحد أنواع السكر الناتج عن عملية هضم جزء من الطعام، ولكي يستطيع الجسم الاستفادة من هذا الغلوكوز فإنه توجد غدة تسمى "البنكرياس" تفرز هرمونا يدعى "الأنسولين" (غدة البنكرياس موضحة في الرسم رقم (4) المرفق بالملاحق). إذ يفرز جسم الإنسان في الحالة العادية كمية من الأنسولين تتراوح ما بين 0.7 إلى 1.1غ/ل إثر تناول وجبة غذائية، وتبين التحاليل الطبية أن كمية السكر في الدم للشخص العادي تكون أقل من 1.7غ/ل خلال ساعة من تناول الطعام، لكن سرعان ما تعود للصورة العادية بعد ساعتين من الزمن، لكن الملاحظ

عند المصاب بداء السكري هو ارتفاع لكمية السكر حتى 1.8 غ/ل على الأقل (غالبا ما يصل إلى 3.2غ/ل) في نصف الساعة الأولى والعودة للاستقـرار من جـديد تكون ابتداءً من ثلاث إلى أربع ساعات تحت تأثير حقن الأنسولين. (**محمد رفعت: 1981)**

إن مجمل الأطعمة التي تصل إلى الأمعاء تتحال إلى صورة أبسط تعرف "بالغلوكوز" التي هي بمثابة الطاقة الهامة و الضرورية لجميع نشاطات الجسم، فبعد تناول الوجبة ينتقل هذا السكر عبر الدم و يستقر لفترة وجيزة، ثم يوزع على مختلف خلايا الجسم بصفة منظمة، ذلك تحت تأثير هرمون الأنسولين الذي يثبت على الغشاء الخلوي فيجعله أكثر نفاذية لسكر الدم، و كما هو معروف فإن جميع الأنسجة الخلوية تستعمل في تنفسها الغلوكوز بعد فسفرته إلى غلوكوز 6 فوسفات حيث تتطلب العملية وجود انزيم من نوع "كيناز" الذي ينشط الأنسولين.

و هنا تبرز أهمية الأنسولين المتمثلة في إزالة أعراض الإفراز السكري لكن ذلك لا يستمر إلا فترة قصيرة لأن الكليتين تطرحانه في البول، كذلك فهو يقوم بالتخريب حتى لا تتواصل عملية تخفيض الغلوكوز في الدم لأقصى درجة مما يسبب ظهور الأعراض الخاصة بالقصور السكري القاتل، فالإصابة بداء السكري تعني حدوث خلل في الأنسولين. فإذا استمر نقصان الأنسولين فإن ذلك سوف يؤدي إلى مشاكل خطيرة و صعبة نظرا لكونه يلعب دورا هاما في أيض البروتيدات، لاسيما الأحماض الأمينية الموجودة في العضلات و التي هي بمثابة القاعدة الأساسية لإعادة بناء الخلايا وتوفير الغلوكوز الضروري للجسم، فلإسعاف المريض في حالة الطوارئ الناتجة عن نقص السكر في الدم نلجأ إلى الغلوكاجون و هو ثاني خط دفاعي بعد الأنسولين ينتجه الجسم بواسطة خلايا ألفا (α) لجزر لانجرهانس، وهما متضادا المفعول حيث أن الأنسولين يسهل استعمال السكر بحرقه و نقصه في الدم وهذا على عكس الغلوكاجون الذي يعمل على رفع وزيادة نسبة السكر في الدم. **(André, G et d'autres : 2001)**

3- نسبة السكر في الدم:

تقاس نسبة السكر في الدم بالغرام في اللتر (غ/ل) أو تقاس بالميليمول في اللتر (ميليمول/ل)، والمعايير الحالية للتشخيص البيولوجي هي كالآتي:

3-1- النسبة الطبيعية:

يحتوي الدم البشري على كمية من سكر الغلوكوز (العنب) تكثر و تقل تبعا للظروف الخاصة، و كمية السكر الغلوكوز الطبيعية في الدم عند الاستيقاظ صباحا من النوم و قبل تناول شيء من الغذاء تتراوح ما بين 0.7-1.1 غ/ل. أما نسبة السكر على الريق قبل الإفطار à jeun ≥ 1.1 غ/ل، في حين أن الارتفاع المعتدل لنسبة السكري قبل الإفطار ما بين 1.1 غ/ل و 1.26 غ/ل، ونسبة السكر بعد ساعتين من تجربة

H.G.P.O (L'hyperglycémie provoquée oral)≥ 1.4 غ/ل. و هي تجربة تتحقق بابتلاع 75غ من الغلوكوز الذائب في 200 سل إلى 300 سل من الماء لمدة 5 دقائق على الأقل عند الراشد.

3-2- النسبة الغير طبيعية:

يمكننا عدّ الفرد المصاب بداء السكري انطلاقا من النسب الآتية:

نسبة السكري قبل الإفطار (على الريق) ≤ 1.26 غ/ل (يتم إجراء الفحص مرتين)، أما نسبة السكر بعد ساعتين من تجربة H.G.P.O ≥ 2 غ/ل بينما نسبة السكري المسجلة في أي وقت من اليوم فهي ≤ 2 غ/ل.

ومما سبق نستخلص أنه يمكننا التحقق من الإصابة بداء السكري عندما تكون نسبة الجليسميا البلازمية قبل الإفطار (à jeun) تساوي أو تفوق 1.26 غ/ل أي 7 مليمول وذلك عند إجراء الفحص على وتيرتين ومع تسجيل الأعراض الإكلينيكية.

كما أن التشخيص يمكن أن يرتكز على قاعدة ذات قيمة معادلة أو تفوق 2غ/ل بعد 120 دقيقة من تجربة H.G.P.O في حين أن القيمة الباثولوجية التي توحي بالمرض يجب التأكد منها في الأيام الموالية من خلال إجراء واحد من الاختبارات الثلاث السابقة.

و يوضح الجدول رقم (03): نسبة السكر في الدم الطبيعية و غير الطبيعية

	نسبة السكر في الدم قبل الإفطار	نسبة السكر في الدم بعد 120 دقيقة من تجربة H.G.P.O
النسبة الطبيعية	≤ 1.1 غ/ل	≤ 1.4 غ/ل (7 ميليمول/ل)
النسبة الغير طبيعية	≤ 1.26 غ/ل	≤ 2غ/ل (11 ميليمول/ل)

(مراد بوزيت: تاريخ الطبع غير وارد)

4- مضاعفات داء السكري:

تنجم عن الإصابة بداء السكري مضاعفات و اختلالات عديدة من بينها:

4-1- الاضطرابات الأيضية: قد يتسبب الارتفاع المزمن لنسبة الغلوكوز في الدم في:

* **الإعياء الحاد**: و هي حالة من الضعف العام يتميز بتراجع القدرة الوظيفية للأعضاء دون القيام بادنى جهد أو عمل، و هذا الإعياء لا يختفي مع فترات الاستراحة و النوم.

* **التقلصات العضلية**: و هي انقباضات عنيفة مؤلمة ومتكررة للعضلات و هي غير مراقبة من قبل الدماغ و بالتالي لا إرادية.

* **اضطرابات انعكاس الجسم البلوري**: أي ضعف انعكاس العدسة المحدبة الثنائية التي تقع خلف القزحية و قبل الأجسام الزجاجية.

* **أسيدوسيتوز (Acidocetose)**: ومن مظاهره:

نقص مخزون الماء بداخل و خارج الخلايا، أما مظاهر هذا النقص بخارج الخلايا فتتمثل في جفاف الجلد و انخفاض الضغط الشرياني أما الثاني (داخل الخلايا) فيتمثل في جفاف الحلق و شلل عضلة العين، إضافة إلى عسر و صعوبة التنفس الراجع لاضطرابات أيضية، إضافة إلى اضطرابات الإحساس المؤدي إلى الغيبوبة العميقة، وآلام على مستوى البطن تتمثل في مغص شديد يرافقه الألم مع القيء و الشعور بضيق التنفس مما يوحي بالشك في التهاب الزائدة الدودية أو ثقب القرحة المعدية أو التهاب أغشية الأمعاء مع أنه ليس هناك التهاب فعلي.

* **انخفاض مستوى السكري**: و له مظهرين يتمثلان في:

المظاهر النسيجية: كتدهور أو نقص في القدرات العقلية مع اضطرابات في السلوك وتعب حاد إضافة إلى سرعة الانفعال، كما أن اضطراب الإحساس قد يؤدي إلى تشنجات وإلى غيبوبة و ربما الموت.

أما **المظاهر الحسية**: فمن مؤشراتها تصب العرق مع الارتجاف أو الارتعاش والإحساس الشديد بالجوع و تسارع ضربات القلب. **(أمين رويحة: 1983)**

4-2- الإصابات الوعائية الكبرى: من الأشكال الرئيسية للإصابات الوعائية نذكر:

* تصلب الشرايين التاجية: أي تصلب الشرايين المغذية للقلب و المسؤولة أيضا عن ايصال الدم وأكسجنة العضلة القلبية وذلك بسبب ترسب الكولسترول وإذا بلغ تصلب الشرايين حداً كبيراً فإنه يؤدي إلى تجلط الدم فالموت.

* **الحوادث الوعائية الدماغية**: و يرمز لها بـ A.V.C و هي نوعان:

أ) Atteintes vasculaires cérébraux ischémiques و تدعى أيضا Infractus cérébraux أو Ramollissements cérabraux أي الارتخاء الدماغي و تعقب غالبا وجود حصوة من الدم المتجمد (تجلط الدم بالشريان) مما يعيق مسار الدورة الدموية.

ب) Atteintes vasculaires cérébraux hémoragiques: و تعود إلى تسرب الدم في النسيج الدماغي، و سببه الرئيسي ارتفاع الضغط الشرياني H.A.T و هذا الأخير يزيد تواتره عن الضعف لدى مرضى السكري مقارنة مع غيرهم. **(محمد رفعت: 1991)**

* **التهاب شرايين الأعضاء السفلى**: إذ تصيب من 6 إلى 20 ضعفا عند المصابين بالسكري مقارنة بغيرهم و أهم نتائجها التقرحات التي تؤدي إلى موت النسيج العضوي للأطراف السفلى (الساق-القدم-أصابع الرجل) و التي يقود مسار تطورها إلى الاستئصال الجراحي. حيث تعد قدم المصاب بالسكري منطقة حساسة بسبب التعقيدات التي تلحق بالأوعية والتي تصيب نهايات الأعضاء السفلى و هي نتائج انسداد وعائي مسؤول عن موت خلايا النسيج العضوي كالغنغرينة (gangrène) التي تصيب أحد أصابع القدم أو جميعها.

4-3- الاضطرابات العصبية: و هي أنواع:

* **الاضطرابات المحيطية ثنائية الجانب**: وهي أنواع حسية حركية ومختلطة، فهي إصابات غالبا محلها نهايات الأطراف السفلى وأحيانا نهايات الأذرع، فيشعر المصاب بإحساسات غير عادية تكون طوال الوقت غير مؤلمة لكنها تفوق الاحتمال، يصاحبها إفراط الإحساس الجلدي كالشعور بارتفاع حرارة النهايات المصابة أو يصاحبها انخفاض الإحساس أو الشعور بالخذر وموت الأطراف. أما الإصابات الحركية، و هي جد نادرة تتمثل في الإحساس بشلل الأطراف السفلى.

* **الإصابات العصبية المستقلة**: و هي أنواع:

أ) قلبية وعائية كتضاعف سرعة ريتم القلب:

ب) إصابات الجهاز الهضمي و الشعور بالمغص مع غثيان إضافة إلى التهاب المرارة وتكون حصوات، كما يتضخم الكبد لترسب الذهنيات في خلاياه، و قد تظهر مضاعفات الفم كالتسوس أو تقيح اللثة الذي يقلل مفعول الأنسولين ويشجع تكون الأسيتون.

جـ) مضاعفات المسالك البولية: كالتهاب المثانة لكثرة إدرار البول و التبول، أو حدوث التهاب لحوض الكلى و عوارضه ارتفاع حرارة الجسم و الارتعاش وغثيان و تعكر لون البول بالصديد إضافة إلى الاضطرابات الجنسية.

* **التهابات أحادية العصب و التهابات عصبية متعددة**: قد تصيب الأعضاء السفلى مثل الأوعية الواقعة في منطقة الفخذ و بالقرب من عظم الساق، و هناك التهابات الأوعية المنتشرة على مسار العصب الوركي. و قد تصيب هذه الالتهابات العصبية بصورة نادرة الأعضاء العليا كاليد و الذراع. كما أنه من النادر تشخيص أعراض الاضطراب العصبي في السنوات الأولى من الإصابة بداء السكري من النمط I إلا أنها تظهر عند غالبية المرضى بعد 10 إلى 20 سنة من تطور المرض إلى النمط II. **(أمين رويحة: 1983)**

4-4- مضاعفات الرؤية:

تتمثل مضاعفات الرؤية في شدود انعكاسات حدقية العين مع تقلص البؤبو أثناء الراحة وقلة الاستجابة للضوء والشعور بوجود ستار أبيض على العين الذي يؤدي لانخفاض الرؤية، وعند فحص الشرايين المغذية لقاع العين نلاحظ وجد

أنزفة صغيرة بأوعية الشبكية وهذا الأخير ينتج عنه ضعف قوة العدسة و عتامة القرنية. أما عصب العين فلا يظهر إلا في حالات قليلة جدا. وكلما زادت مدة الإصابة بداء السكري و كمية ارتفاعه في الدم كلما قادت إلى تطور مضاعفات الشبكية.

4-5- مضاعفات كلوية:

تتميز المضاعفات الكلوية بارتفاع نسبة البروتينات (الألبومين) في البول أكثر من 200ملغ، في حين أن المعدل العادي يكون أدنى من 20 ملغ/ل. و يرتفع احتمال الإصابة الكلوية كلما تزامنت مع الإصابة الوعائية واختلال مسار الدم في الشرايين، وعلاوة على المضاعفات الكلوية فهي تثير للحوادث النورولوجية كالدوار و آلام على مستوى الأطراف السفلى. **(محمد رفعت: 1981)**

4-6- مضاعفات الجهاز الحركي:

من أهم مضاعفات الجهاز الحركي الحد من حركة المفاصل المتعلقة بالأيدي وشلل عظام الأطراف، إضافة إلى الإحساس بالخذر و التنميل أو حتى بالألم على مستوى الأصابع خاصة ليلا وأثناء الاستيقاظ بسبب ضعف العصب الوسيط بالقناة الرسغية باليد وبالجهة الداخلية للمعصم و أحيانا قد تؤدي إلى مضاعفات كشلل الأصابع.

4-7- مضاعفات جلدية:

تأخذ المضاعفات الجلدية أشكالا مختلفة كالطفح على شكل بيضوي الظاهر على مستوى الساق و المصاحب أحيانا بالتقرحات على القدم و الكاحل، كما تظهر على القدم السكرية بقع مخضبة أو ملونة و بثور مقيحة، إضافة إلى الإصابات التعفنية التي تثيرها فطريات مجهرية على مستوى الجلد أو شعر الرأس و أحيانا الفم و الأظافر مما يتسبب في الحكة الجلدية و الهرش، و غالبا ما يلحق النسيج الجلدي عند المصاب بداء السكري تغيرات و إصابات جلدية ذات طبيعة التهابية. **(Nicolas, C : 1991)**

5- أسباب داء السكري:

يرجع بعض العلماء أسباب ظهور داء السكري إلى الوراثة، رغم جهلهم بطريقة الانتقال، و يرى البعض أن للفيروس دورا هاما في ذلك، و يرجع البعض الآخر من العلماء سبب ظهور هذا الداء إلى الخوف و القلق ولا يفتأ البعض من العلماء للإشارة إلى السمنة و الشيخوخة إلا أن معظم العلماء اتفقوا على أن الإصابة بداء السكري لا يمكن لها أن تكون إلا بتجمع عدد من الأسباب الآنفة الذكر. **(مراد بوزيت: تاريخ الطبع غير وارد)**

و سنحاول التحدث عن البعض منها فيمايلي:

5-1- الوراثة:

للوراثة دور هام في الإصابة بداء السكري، فالأفراد المنحدرين من أبوين أصيب أحدهما بداء السكري هم أكثر عرضة للإصابة به من غيرهم. إلا أنه لا يمكن الجزم بأن العامل الوراثي هو السبب الوحيد لحدوث المرض إذ أن 90% من الأطفال المصابين بداء السكري ليس لهم أي شخص في العائلة مصاب. **(André, G et d'autres : 2001)**

5-2- البدانة:

يتميز الأشخاص البدينين بمقاومة الأنسولين لأن زيادة الدهنيات تؤدي إلى عدم فعاليتها لكن هذا لا يعني أن كل الأشخاص الذين يتصفون بالسمنة مصابين بداء السكري، لكن في معظم الأحيان البدانة لا تعمل على مقاومة الأنسولين و الحد من فعاليته فقط وإنما تؤدي إلى خطورة ارتفاع نسبة السكر في الدم عن الحد العادي.

5-3- إصابة المناعة الذاتية:

تعمل خلايا الجسم و بالضبط الكريات الدموية البيضاء في الحالة العادية على مناعة الجسم من الأجسام الغريبة مثل: الفيروسات و البكتيريا...الخ و تسمى هذه الخلايا باللمفاويات، غير أن إصابة المناعة الذاتية تحدث اضطراب هذه الوظيفة، فتتوجه الخلايا اللمفاوية إلى مواجهة بعض أنسجة الجسم بدلا من مهاجمة الأجسام الغريبة أي وجود أجسام مضادة في الدم تتوجه ضد خلايا جزر

"لانجرهانس" التي تنتج الأنسولين فتقوم بتهديمها و بالتالي تتسبب بالإصابة بداء السكري.

5-4- هرمون الغلوكاجون:

هرمون الغلوكاجون هو الهرمون الثاني الذي يفرزه البنكرياس، تفرزه خلايا "ألفا" من جزر "لانجرهانس"، و لهذا الهرمون تأثير مضاد لتأثير الأنسولين، إذ أنه يرفع نسبة السكر في الدم، بينما الأنسولين يخفضه، و ما لوحظ حديثا أن دماء بعض مرضى السكري تحتوي على نسبة عالية من الجلوكاجون، و هذا نتيجة خلل يصيب دقة التوازن بينه و بين الأنسولين. كما أن نسبة الجلوكاجون قد تزيد من جراء تعاطي المخدرات والكحول لفترات طويلة مما يؤدي إلى تلف بالكبد مما يتسبب بزيادة نسبة السكر في الدم من جراء التسمم. **(محمد رفعت: 1981)**

5-5- الحمل:

يزداد إفراز هرمونات مختلفة أثناء الحمل، و يظهر تأثير الحمل في إحداث داء السكري في هرمون "اللاكتوجين" المفرز في المشيمة، و هذا الهرمون يقوي تأثير هـرمون النمـو الـرافع لنسبـة السـكر في الـدم، فـإذا ازداد إفـرازه ظـهر داء السـكري. **(أمين رويحة: 1983)**

5-6- العوامل النفسية:

للعوامل النفسية "الانفعالات، القلق، الصراعات، ..." دخل في ظهور داء السكري خاصة إذا ما وجد استعداد وراثي له، خاصة عند الأطفال و المراهقين، فأكثر الإصابات بداء السكري كانت الإصابة كامنة، لكن التعرض لهزة نفسية أو صـدمة نفسيـة تعـمل عـلى ظـهور المـرض، كـما قد تعمل على تفاقم الأعراض و صعوبة ضبط سكر الدم. **(Nicolas, C : 1991)**

6- أنواع داء السكري:

يميز التصنيف الحديث خاصة بين النمط I و النمط II لداء السكري، وهذا بالاستناد إلى سبب الإصابة (الإيتوباتولوجية) لدى كل نمط كالآتي:

6-1- النمط الأول: داء السكري الاعتمادي على الأنسولين:

(Diabète insulino dependant : DID)

ينتج عن تخزين خلايا "بيتا" β لجزر لانجرهانس، كما أن المعطيات التجريبية والملاحظات الإكلينيكية تعد هذا المرض ذاتي المناعة لغياب أي وسيط آخر كالبكتيريا والفيروسات والطفيليات التي تعمل على تخريب الخلايا، وهو يظهر لدى شخص يملك استعداد وراثي للإصابة و ذلك بتظافر العامل البيئي. إذ أن التخريب الذاتي للخلايا المفرزة للأنسولين يؤدي تدريجيا مع مرور السنين إلى حالة من « insulinopenie » وإلى ارتفاع مؤقت للجليسميا و ذلك عند وصول نسبة تخريب الخلايا "بيتا" β إلى أكثر من 80% حيث تصبح عندها ما يعبر عنه إكلينيكيا prédiabète. **(عصام الحمصي: تاريخ الطبع غير وارد)** والذي يعرف بفضل تواجد نقاط نشبيت مناعية تكون موجبة، و في غياب نقاط التثبيت، يعتبر داء السكري Idiopathique هذا النمط من السكري كان يدعى سابقا (Diabète maigre insulinoprive) و هو يمثل نسبة تتراوح من 10 إلى 15% من مجموع مرضى السكري بسوابق عائلية تصل 10%، أما عن سن بدايته فتكون غالبا في الطفولة و المراهقة أي قبل 20 سنة، و أحيانا تكون الإصابة بعد الولادة، كما أن صيغته الابتدائية تكون حادة مع تراجع معتبر في الوزن، وأهم ما يميزه أيضا ارتفاع نسبة السكر في الدم و عند فحص عينة من البول يلاحظ وجود أجسام سيتونية، أما عند فحص الدم فيعثر على السيتونيمي.

وفيما يخص المؤشرات الإكلينيكية لهذا النمط الخاضع للأنسولين فهي:

* إدرار البول الغزير.
* الشراهة في الأكل.
* الإحساس الشديد بالظمأ و العطش.
* الإحساس بالتعب الشديد و تراجع القدرة الوظيفية المتعلقة بالعجز الوظيفي العضلي.
* تراجع الوزن و انخفاضه.

و تعد هـذه المـؤشرات خـاصة بالنـمط الأنسوليني الـذي يقـترن بـوجود Acidocétose. أما أعراض النمط I المتعلقة بوجود Cétose أو Acidétose

فهي تشمل الأعراض السابقة بالإضافة إلى الإحساس بالغثيان و التقيء والألم على مستوى البطن. **(عصام الحمصي: تاريخ الطبع غير وارد)**

وما يهم أكثر وجود نقص مطلق في الأنسولين منذ البداية، هذا يعني أن المصابين بداء السكري من النوع الخاضع للأنسولين يحتاجون بشكل عام لحقن الأنسولين مباشرة بعد ظهور الأعراض الأولى و على الأكثر خلال السنة الأولى لبدء المرض، و نظرا لهذا النقص المطلق للأنسولين يبدي هؤلاء المرضى غالبا تباينا شديدا في قيم سكر الدم المتراوحة بين الارتفاع الشديد المترافق مع طرح الأسيتون في البول و حالات نقص سكر الدم عند حقن الأنسولين، و يكون هذا النمط حساس جداً لأي تغير ضئيل في كمية الأنسولين المحقونة، كما تتضح الصعوبة في ضبط الجرعة الدوائية الملائمة و هذا ما يدعى طبيا "السكر غير المستقر". **(André, G et d'autres : 2001).**

6-2- النمط الثاني: داء السكري الغير اعتمادي على الأنسولين:
(Diabète non insulino dépendant D.N.I.D)

كان يدعى سابقا (Le diabète gras non insulinoprive) أهم ما يميزه هو ارتفاع الوزن و تصاعد نسبة السكر بالدم مع اعتدال في مردود الغلوكوز و غياب أي أثر لـ (Cétose)، كما أن علاجه يرتكز على تعاطي الأنسولين، و هو داء (Hétérogène) متغاير الخواص لا يتعلق بالمناعة الذاتية، يرتكز في تشخصيه على ظهور الأعراض التالية: غزارة البول، الشراهة، العطش، تراجع الوزن، الإحساس بالتعب.

كما أن تطور المرض يكون مباغتا و في صورة مغايرة لا توحي بالمرض مثل إصابة شبكية العين Rétinopathie التي يمكن من خلالها تشخيص المرض.

و بعكس ما يجري في النمط الأول من الشروط الأساسية في النمط الثاني تواجد إنتاج داخلي كاف للأنسولين لتجنب la cétose و التي تترجم بتواجد غير عادي و مرتفع للأجسام الأيونية في الدم أما Ph الدم فيبقى طبيعية، و هذا ما يجعل المريض يستجيب للعلاج بالأقراص.

و يمثل هذا النمط أكثر من 80% من النسبة الإجمالية لمرضى داء السكري، و هو يرتفع بشكل متواتر، و تظهر أعراضه غالبا بعد سن الأربعين بصيغة ابتدائية تسير وفق مبدأ التدرج مع تواجد احتياطي الأنسولين، ومما يلاحظ أيضا وجود سوابق عائلية لدى هؤلاء المرضى بنسبة تفوق 50% غير أنها لا تمثل الصيغة الحقيقية لانتقال المرض و التي تبقى غامضة.

كما تلعب العوامل البيئية دورا هاما في ظهور المرض كانعدام التوازن الغذائي بتناول سعرات حرارية جد مرتفعة تفوق احتياجات العضوية أو الإكثار من تنـاول السكاكـر، عـلاوة عـلى نقـص التمـارين الريـاضية الـتي تـؤدي إلى تـضاعف مـخزون طـاقة الـجسم يفوق الاحتياط. إذ تعود المسؤولية الأولى للإصابة بهذا المرض إلى البدانة. **(مية الرجبي: تاريخ الطبع غير وارد)**

6-3- الأنماط الثانوية:

بالإضافة إلى النوعين السابقين هناك أنواع أخرى لدى السكري منها:

6-3-1- **السكري الهيموكروماتوزي Le diabète de l'hémochromotose**:

و يدعى أيضا (Diabète Bronsé) وهو مرض يتميز بارتفاع هام للحديد بالعضوية، و يمثل نوعان: أولي أي أسبابه مجهولة، يتمثل في ارتفاع نسبة امتصاص الأمعاء للحديد بصيغة مفرطة وهذا منذ الطفولة بنسبة تفوق الاحتياط، مما يؤدي إلى تخزين الفائض في الكبد و البنكرياس و القلب، و هذا يؤدي بالتدريج إلى إصابات نسيجية مثل تشمع الكبد الكحولي أو مرض القلب أو داء السكري.

و النوع الآخر الثانوي يعود إلى التسمم المباشر بالحديد للخلايا "بيتا" β بالبنكرياس.

6-3-2- السكري البنكرياتيكي (Les diabète pancréatiques):

يعود السكري البنكرياتيكي للتخريب أو الاختفاء التشريحي الجزئي أو الكلي للبنكرياس بسبب تناول الكحول أو إلى الإصابة بسرطان البنكرياس أو بورم، الذي يعد السبب الأول للإصابة بهذا النوع من السكري.

6-3-3- السكري المتعلق بالإصابات والأورام الغددية للبنكرياس:

يتمثل في ارتفاع الغدة الدرقية أو الكظرية أو الإفراز الغير عادي لهرمون الألدسترون أو الهرمون المفرز من قبل البنكرياس، والذي يؤدي إلى ارتفاع مزمن في نسبة الغلوسيد ومنه الإصابة بالسكري. أما عن أنواع سرطان البنكرياس نذكر Vipome Somatistinome-Glucagonomie أما الميكانيزمات السببية المباشرة في الإصابة فتعود إلى الكف في إفراز الأنسولين أو ارتفاع المقاومة المحيطة للأنسولين.

6-3-4- السكري المتعلق بتناول الأدوية:

تعد الأدوية الهرمونية المضادة للالتهاب و موانع الحمل المستعملة عن طريق الفم و مضادات الإكتئاب الثلاثية الحلقات والمستعملة في علاج القلق والأرق والأدوية المدرة للبول و المستعملة في علاج ارتفاع الضغط الشرياني و غيرهم من المسكنات والأدوية التي تمنع تجمع حمض الفوليك مصدرا من مصادر الإصابة بداء السكري على المدى الطويل.

6-3-5- السكري المرتبط باضطراب وظيفي:

يعود السكري المرتبط باضطراب وظيفي إلى أصل جيبي للخلية "بيتا" β وهو نوعان:

أ- مرض السكري المدعو سابقا Mody: يعبر عنه إكلينيكيا كما يعبر عن النمط II غير أنه ظهر في مرحلة الطفولة أو المراهقة و يعود إلى خلل جيني في إفراز الأنسولين و يتبع تراجع الحساسية للغلوكوز من قبل الخلايا β "بيتا".

ب- السكري الميتوكندريال le diabète métochondrial: هو عبارة عن تحويل دقيق لـ ADN (حمض نووي يراقب النشاط الخلوي و انتقال الخصائص الوراثية وهو مركب كيميائيا من مجموع كروموزومات) الميتوكوندري إلى الوضعية المسؤولة عن الإصابة التي تتخذ مظاهر حسية عصبية كالصمم أو إصابة شبكية العين.

6-3-6- السكري المرتبط باضطرابات مرضية نادرة:

يمكن تشخيص السكري لدى بعض المصابين ببعض الأمراض الجنينية مثل أتاكسيا فريديريك (اضطراب حركي)، مرض تورنر، مرض كلينفتر، و بعض الاضطرابات الكروموزومية كتقارن داون. **(André, D et Jaques, B : 1985)**

6-3-7- السكري المتعلق بفترة الحمل:

هو اضطراب متعلق بارتفاع حجم الغلوسيد، تتباين خطورته حسب سن الأم (أكثر من 35 سنة) و حسب السوابق المرضية في العائلة (عائلة الأم) و كذا العوامل البيئية الأخرى المساعدة على ارتفاع احتمال الإصابة، و هو يظهر عند المرأة الحامل ما بين الأسبوع 24 و 28 من الحمل و يختفي في حـدود الأسبـوع السـادس من الـوضع، وهـذا الاضطـراب يمـس على الأقـل نسبة تـتراوح بين 2-3% لدى النساء الحوامل. **(أمين رويحة: 1983)**

7- وسائل الكشف الطبية: يتم الكشف وتشخيص الإصابة بداء السكري من خلال تقنيات عديدة نذكر منها:

1-7- تقنية Dextrostix:

يتم تنظيف أصبع المريض بمادة معقمة في البداية، ثم وخز طرف الإصبع بإبرة معقمة موجودة في جهاز قياس سكر الدم، ثم وضع قطرة دم على منطقة التفاعل بالسبيبة و بعد 60 ثانية تغسل السبيبة ثم تمسح بدون حك ثم يقارن لون منطقة التفاعل مع سلم الألوان القياسية للتقنية Dextrostix.

2-7- طريقة القطرات الخمس:

توضع 5 قطرات من البول في أنبوب اختبار و تضاف إليها 10 قطرات من الماء و يضاف قرص من الدواء الخاص بالاختبار، و يحرك الأنبوب جيدا مع مراقبة تغير اللون و في الأخير يقارن لون التشكيلة المحصل عليها مع الألوان القياسية ثم تسجل النتائج.

7-3- **طريقة القطرتين**:

هذه الطريقة شائعة الاستعمال خاصة عند الأطفال و المراهقين (Clinitest) إذ توضع قطرتين من البول في أنبوب اختبار و تضاف إليها 10 قطرات من الماء و يخلط الكل و تقارن التشكيلة بتشكيلة من الألوان تحمل عبارة clinitest.

7-4- **تقنية البحث عن الأجسام الخلونية للبول:**

إذ تسحب سبيبة من قنينة ketodiastix و تغطس بسرعة في بول حديث وبعد 15 ثانية تقارن ألوان منطقة الأجسام الخلونية مع سلم الألوان القياسية للتقنية، و بدون انقطاع يواصل العد إلى 15 ثانية، و تقارن ألوان منطقة الغلوكوز مع سلم الألوان القياسية للتقنية. **(Nicolas, C : 1991)**

8- علاج داء السكري:

على الرغم من كون داء السكري مرض مزمن لا شفاء له، إلا أنه من الممكن أن يضبط بطرق عدة، ومن الأساليب الأساسية في علاج داء السكري:

1- الحمية السكرية.

2- المحافظة على الوزن الطبيعي.

3- الأدوية و تشمل: أ- الأدوية الخافضة لسكر الدم عن طريق الفم.

ب- الأنسولين.

و هنا لا بد من ذكر القواعد الأساسية لعلاج داء السكري المتمثلة في:

1- إنقاص الوزن و المحافظة على الوزن الطبيعي قد يكونان كافيان لعلاج داء السكري من النمط II.

2- لا تستعمل الأدوية الخافضة لسكر الدم عن طريق الفم إلا في بعض حالات داء السكري من النمط II. ولا يجوز أبدا استعمالها كعلاج لداء السكري من النمط I، و عند استعمال هذه الأدوية لا بد من ترافقها بحمية سكرية دقيقة.

3- الأنسولين هو العلاج الرئيسي لداء السكري من النمط I الذي ينجم عن نقص مطلق في الأنسولين الداخلي -المفرز داخل الجسم- و رغم ذلك لا يجوز استعماله كعلاج وحيد بل لا بد أن يكون متلازما مع الحمية الغذائية. **(مية الرحبي: تاريخ الطبع غير وارد)**

فالاستراتيجية المتبعة في علاج داء السكري ترتكز على مايلي:

8-1- الحمية الغذائية:

* تحتوي الحمية الغذائية لداء السكري من النمط I، و التي ترافق استعمال الأنسولين كعلاج على:

- الغلوسيدات: 55% - الدهون: 30%
- البروتينات: 15% - الألياف: من 2 إلى 35%

* تضم الحمية الغذائية المتبعة في حالة داء السكري من النمط II و تكون ذات سعرات حرارية منخفضة كالآتي:

- الغلوسيدات: 45% - الدهون: 40%
- البروتينات: 15% - الألياف: من 2 إلى 35%

و يعد الطبيب المتابع للمريض هو الوحيد الذي يستطيع تحديد نوع الحمية التي يتبعها مريضه، و هذا حسب نمط السكري، السن، الجنس، الوزن، الطول و الحركات البدنية التي يقوم بها المريض. **(Nicolas, C : 1991)**

8-2- الأدوية:

يتم استعمال الأدوية الخافضة للسكر عن طريق الفم في حالة إخفاق الحمية في تعديل نسبة الغلوكوز في الدم. ومن القواعد الأساسية لاختيار المرضى المرشحين لأخذ الحبوب: هم المرضى الذين يتجاوز سنهم 40 سنة، والمرض عندهم حديث وبدرجة متوسطـة أو خـفيفة، وزنـه في العـادة كبير، ولا تـوجد عندهـم مضاعفات، ويصح أن يكونوا قد جربوا اتباع نظام الأكل فقط كعلاج، و لكن لم يستفيدوا الاستفادة القصوى منه. **(محمد رفعت: 1981)**

ومن بين الأدوية المستعملة في علاج داء السكري نجد:

- **les Sulfamides**: و هي مركبات تعمل على زيادة الأنسولين في الدم بتنشيط البنكرياس، لإفرازه، و لذلك فهي لا تفيد إذا كان البنكرياس غير موجود، أو ضعيف، كما يحدث لدى مرضى السكري الصغار في علاج هذه الحالات، إذ أنها لا تفيد، و يقتصر إعطاؤها على المرضى الكبار في السن خصوصا البدينين منهم، إذ تعمل هذه المركبات على تقليل نسبة السكر عندهم.

- **Les syfonylurées**: هي أدوية تقوم بتنبيه و تنشيط الخلايا "بيتا" β لتقوم بإفراز كمية كبيرة من الأنسولين. ومن أهم المستحضرات Sylfonlyurées الشائعة لدينا Diamecron الذي يزيد من فعالية الأنسولين المفرز، كما يحسن عملية الاستقلاب، فهو يحسن من أكسدة و تخزين الغلوكوز خلال فترة الأكل. إذ يصل الأنسولين في نفس الوقت الذي يصل فيه الغلوكوز و بذلك يتمكن الكبد من تخزين أحسن للغلوكوز، كما يقوم بتحرير كميات قليلة منه. **(مراد بوزيت: تاريخ الطبع غير وارد)**

- **Les Biguanides**: لا تعمل هذه المركبات إلا في حالة وجود الأنسولين في الجسم، إما من الخارج أو من الداخل، حيث ما يؤخذ عن طريق الحقن، أو ما يفرزه الإنسان من البنكرياس، و لذا فإنه يستعمل لدى المرضى الكبار في السن أو الصغار مع حقن الأنسولين من الخارج، و بذلك يتم ضمان أنه يعمل بسلام ومن أشهر هذه المركبات عقار الغلوكوز. **(محمد رفعت: 1981)**

8-3- الأنسولين:

يعد الأنسولين أحد الهرمونات الطبيعية المفرزة من طرف البنكرياس في الجسم، ووظيفته تنظيم عملية استقلاب الكربوهيدرات في الجسم و الإشراف عليها، فإذا نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس لسبب من الأسباب حدثت الإصابة بالسكري نتيجة لذلك والأنسولين الذي يباع في الصيدليات ويستعمل في معالجة داء السكري هو الهرمون الطبيعي ذاته، تستخرجه المصانع الصيدلانية من غدد البنكرياس الطازجة لحيوانات الذبائح. و لا يمكن إدخال الأنسولين إلى جسم المصاب بداء السكري إلا عن طريق الحقن في العضلات لأن إدخاله عن طريق الفم يفسده و يبطل مفعوله بعد وصوله إلى المعدة بفضل عصارتها الحامضة. **(أمين رويحة: 1983)**

إلا أنه لا يمكن استخدام الأنسولين إلا في الحالات التالية:

1- لدى مرضى السكري من النمط الأول خاصة الأطفال و المراهقين، حيث يوجد نقص أنسولين مطلق.

2- لدى مرضى السكري من النمط الثاني الذين لم تعد المعالجة بالحمية و الأقراص قادرة على ضبط السكري.

3- حالات السبات السكري.

4- لدى الحوامل السكريات اللواتي لا تكفي لديهن الحمية السكرية لضبط الداء.

5- لدى المرضى الخاضعين للحد الأدنى للجرعة الدوائية من الأدوية الخافضة لسكر الدم عن طريق الفم، و الذين يتعرضون لخلل استقلابي ناجم عن عملية جراحية أو متوافق بارتـفاع الحـرارة، أو حـوادث مرضيـة ينـجم عنها زيادة العبء على الاستقلاب في البدن. **(مية الرحبي: تاريخ الطبع غير وارد)**

* **استحضار الأنسولين**: يتم استحضار الأنسولين بطريقتين هما:

أ- الأنسولين الصافي من كل مادة كيماوية: وهو أنسولين مستخلص من غدة البنكرياس لدى الإنسان، البقر، الخنزير، و يوضع في زجاجات خاصة بحيث أن 1 ملغ منه يعادل 24.5 وحدة دولية و يكون عمل الأنسولين سريعا بعد حقنه تحت الجلد، لكن مفعوله قصير و لا يدوم لوقت طويل.

ب- الأنسولين الذي يحتوي على عناصر كيماوية: يمكن استحضار بعض الأنواع من الأنسولين بإضافة بعض العناصر الكيماوية، فتمكن العلماء من الحصول على أنسولين ذو تأثير فعال، و مدة نشاطه تمتد في بعض الأحيان إلى 36 ساعة بعد الحقن وقد سمحت عملية الخلط بين الأنسولين و بعض العناصر الكيماوية بالحصول على عدة أنواع من الأنسولين من حيث سرعة بداية النشاط و مدة النشاط في الجسم حيث تصل أحيانا إلى 24 أو 36 ساعة، و يوضع الأنسولين في زجاجات خاصة، و تحمل هذه الأخيرة علامة 40 وحدة/مل. **(مراد بوزيت: تاريخ الطبع غير وارد)**

و يوضح الجدول رقم (4): الأنسولين المحدد التركيب ذو مدة نشاط قصيرة

التسمية	المصدر	لحظة بداية المفعول	مدة المفعول في الجسم
Endooancrine	الخنزير	15 دقيقة	6-8 ساعات
Actrapid	الخنزير	15 دقيقة	6 ساعات

Umutine ordinaire	الإنسان	15 دقيقة	5-7 ساعات
Actrapid : HM	الإنسان	15 دقيقة	6 ساعات
Velosiline	الخنزير	15 دقيقة	8 ساعات

الجدول رقم (5): يمثل الأنسولين ذو مدة نشاط متوسط المدى

التسمية	المصدر	التركيب	لحظة بداية المفعول	مدة المفعول في الجسم
Semi lente	الخنزير	أنسولين عادي + زنك	45 دقيقة	10-12 ساعات
Rapitard	الخنزير أو الثور	خليط [1]	30 دقيقة	16-18 ساعات
Semi-tardum	الخنزير	أنسولين عادي+ زنك	45 دقيقة	18 ساعات
NPH	الخنزير أو الثور	أنسولين بروطامين	30 دقيقة	18 ساعات

[1] خليط: يعني أنسولين مكون من 25% أكثر أبيد + 75% أنسولين الثور جعل على شكل أجسام صغيرة صلبة.

الجدول رقم (6): يمثل أنواع الأنسولين ذوي مدة نشاط طويلة

التسمية	المصدر	التركيب	لحظة بداية المفعول	مدة المفعول في الجسم
Monotard	الخنزير	خليط	ساعة	18-20 ساعة
Imutine protamine	الإنسان	أنسولين بروطامين	ساعة	18-20 ساعة
Tardum	الخنزير و الثور	خليط	45 دقيقة	24 ساعة
Durasutine	الثور	أنسولين بروطامين	ساعة	24 ساعة
Endopancrine PZ	الثور أو الخنزير	أنسولين+زنك بروطامين	ساعة و نصف	24 ساعة
Novolante	الثور أو الخنزير	خليط	ساعة و نصف	24 ساعة
Mixtard	الخنزير	خليط	ساعة و نصف	24 ساعة

Insulatard	الخنزير	أنسولين بروطامين	ساعة و نصف	24 ساعة
Ultra- tardum	الثور	أنسولين+ زنك	ساعتين	26-28 ساعة
Novo- ultralente	الثور	أنسولين + زنك	ساعتين	30 ساعة

*** كيفية تحديد كمية الأنسولين الواجب حقنها:**

لا يمكن الوصول إلى كمية الأنسولين التي بإمكانها تعديل نسبة السكر في الدم إلا عن طريق جس النبض، و هذا داخل المستشفى، من خلال تغيير كمية الأنسولين المحقونة من يوم إلى آخر مع قياس نسبة السكر في الدم و البول إلى غاية الوصول إلى "الكمية المثالية" التي بإمكانها تعديل نسبة السكر في الدم كما ينبغي. و تتغير الكمية المثالية للأنسولين الواجب حقنها من مريض لآخر، و كذا حسب مقدرة النسيج الموجود تحت الجلد على تفكيك مادة الأنسولين **(مراد بوزيت: تاريخ الطبع غير وارد).**

*** الأمكنة التي يمكن حقن الأنسولين بها:**

أغلبية حقن الأنسولين المستعملة من درجة 1 إلى 100 وحدة، و أكثرها شيوعا هو النوع البلاستيكي المعقم و المعبأ بأغلفة بلاستيكية و هي تستعمل مرة واحدة، و لا حاجة لتعقيمها. و يمكن حقن الأنسولين في أماكن كثيرة من الجسم أين يكون النسيج الموجود تحت الجلد كثيفا جدا و يكون ذلك في: الذراع، الفخذ، البطن، بمحيط السرة.

8-4- النشاطات الرياضية:

لا تقل أهمية الرياضة عن أهمية الحمية في حياة المصاب بداء السكري، إذ يجب على المريض ممارسة الرياضة لحرق كمية من السكريات الزائدة و بالتالي العمل على إخفاض نسبة السكر في الدم من جهة و من جهة أخرى الحفاظ على الوزن. وللمصاب بالسكري رياضات مسموحة: كالمشي، السباحة، ركوب الخيل، التنس، الجري، و هناك رياضات أخرى ممنوعة كالغطس تحت الماء لعدة أمتار، تسلق الجبال،...و الرياضة ينصح بها لكل مصـاب بداء السـكري مهمـا كان سنـه و مهمـا كانت نوعية الإصابة. **(Nicolas, C : 1991)**

وكخلاصة لما قلناه سابقا يلخص الجدول رقم (7) أنواع داء السكري و ميكانيزماته وأسبابه و كيفية العلاج:

نوع داء السكري	***الميكانيزم***	***السبب***	***العلاج***
النمط الأول الخاضع للأنسولين	استجابة مناعية ذاتية تؤدي إلى غياب كامل للأنسولين عن طريق تحطيم جزر لانجرهانس بواسطة الأجسام المضادة	الفيروسات المحيط الوراثة	حقن الأنسولين
النمط الثاني الغير خاضع للأنسولين	إنتاج الأنسولين معتدل وأحيانا مرتفع غير أنه غير فعال و غير مكيف وجود مقاومة للأنسولين	الوراثة زيادة في الوزن	- غذاء مراقب من المواد الكربوهيدراتية+ أدوية مخفضة لنسبة السكر في الدم
الأنماط الثانوية			
1- غذائي	تسمم بالكحول و المخدرات	سوء التغذية acromegalie	حقن الأنسولين
2-أمراض هرمونية	إنتاج لهرمون يرفع نسبة السكر بالدم و هو مضاد لعمل الأنسولين	مرض كوشنغ-الكلوكوجين-فيوكروموسيتام	حقن الأنسولين
3- تناول بعض الأدوية	نتيجة تناول أدوية	موانع الحمل- مدرات البول المسكنات	توقف عن الدواء + حقن الأنسولين
4- شذوذ كروموزمي	تنبيه الأشخاص ذوي استعداد للإصابة بهذا المرض	تنادر تورنر، كلينفتر	حقن الأنسولين
5- أمراض الغدة البنكرياسية	تهديم البنكرياس (غياب كلي للأنسولين)	زيادة مادة قاتلة في البنكرياس وهي مادة الحديد مما يهدم ويحطم ببطء البنكرياس	حقن الأنسولين

(Nicolas, C : 1991)

9- الكفالة النفسية:

يصاحب العلاج الطبي لداء السكري كفالة نفسية و التي تعني كل تدخل سواء كانت تعليمية أو ملاحظة أو برنامج على عدة تقنيات بهدف تحسين الحالات، و هي تأخذ شكلا تربويا أو إعادة تأهيل أو علاجات نفسية، و في كل الحالات علاقة الفاحص بالمفحوص مهمة جدا في تحسين حالة المريض. كما أن الهدف السيكولوجي هو جعل المصاب بداء السكري يجد مميزاته الحقيقية و إعادة إدراكاته أحسن من التي كان عليها من قبل ظهور مرض. (Fontaine, P : 1996) وعليه يكون الهدف منصبا على تقبل المرض وإعادة إدماج المصاب اجتماعيا و مهنيا أو مدرسيا، و تجدر الإشارة إلى أن عمل الأخصائي النفساني يكمن أساسا في جعل المريض يتقبل تعاطي الأنسولين أو الدواء بالإقتناع بأنه البديل الوحيد، و أيضا العمل مع المريض على مداومته على مراقبة نسبة السكر في الدم باستمرار و احترام مقادير المأكولات. و هذا بغاية توعية و تبصير المريض بأن ينظر إلى حياته على أساس ديناميكية جديدة ليست هي تماما كحياته السابقة أين العلاج صار ضمن المنعكسات المعمول بها في الحياة اليومية و إمكانية التعايش مع المرض و التعامل معه بايجابية. ومع اختلاف و تعدد داء السكري من حيث الأغراض والأنواع و الأسباب و كذا المصاعفات، تختلف و تتحدد التركيبة النفسية لكل مريض، وعلى أساسها يتم اختيار نوع الكفالة النفسية المناسبة لكل حالة. **(إميل خليل بيدس: 1991)**

خلاصة:

يعد داء السكري أحد الأمراض الأيضية المزمنة المؤدية إلى زيادة نسبة السكر في الدم لخلل في إفراز الأنسولين مما يشكل مضاعفات و عواقب على مستويات عديدة على حسب مسببات و نوع داء السكري. و بالرغم من استحالة ايجاد علاج شاف لهذا المرض إلا أنه يمكن أن يضبط بالحمية و الأدوية و ممارسة النشاطات الرياضية كما يعد التكفل النفسي بالمصاب ذا نجاعة في تحسين تعايش و تكيف المريض و مواصلة درب حياته.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

1- تصميم البحث:

لاختبار مدى صحة فرضيات البحث تم الاعتماد على "**المنهج الوصفي المقارن**" الذي يهدف إلى البحث عن المعلومات والحقائق المفصلة لظاهرة موجودة في مجتمع معين، و هذا بالبحث عن العلاقة بين مختلف الظواهر بغرض الوصول إلى الأسباب والعوامل التي تتحكم فيها واستخلاص النتائج لتعيينها، ويتم ذلك وفق خطة بحثية ميدانية عن طريق جمع البيانات وتحليلها والمقارنة بينها من أجل استخلاص التعميمات والتفسيرات والاستنتاجات المناسبة.

يتم الاعتماد في هذا البحث على المنهج الوصفي المقارن وبالتحديد التصميم البعدي Ex post factor design.

ويقوم هذا التصميم على أساس فروض معينة مصاغة بهدف اختبارها والتحقق منها باختبار الفترة لتقدير التغير و قياس المتغيرات و العوامل و مضاهاة توزيعها.

إذ يتم استخدام هذا التصميم في الحالات التي لا يمكن إخضاع المتغيرات إلى تصـميم تجـريبي محكـم. كمـا هو الحـال في بحثنا القائم على المقارنة بين كيفية تعامل المصابات بمرض القـلب والمصـابات بـداء السـكري مـع الضـغط الـنفسي. **(عمار بوحوش: 1999)**

2- **عينة البحث:**

يتضمن البحث عينة قوامها 100 فرد موزعين بالتساوي إلى مجموعتين كالآتي:

المجموعة الأولى: تضم 50 مصابة بمرض القلب، 25 منهن أجرين العملية الجراحية و25 منهن لم تجرين العملية الجراحية.

المجموعة الثانية: تضم 50 مصابة بداء السكري، 25 منهن مصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني و25 منهن مصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني.

- و الجدولين التاليين يوضحان توزيع أفراد العينة:

المجموعة الأولى	50 مصابة بمرض القلب	
	أجرت العملية الجراحية	لم تجري العملية الجراحية
	25	25

جدول رقم (8): توزيع أفراد عينة المصابات بمرض القلب

المجموعة الثانية	50 مصابة بداء السكري	
	النمط الأنسوليني	النمط الغير أنسوليني
	25	25

جدول رقم (9): توزيع أفراد عينة المصابات بداء السكري

- تم اختيار أفراد العينة بطريقة عمدية (قصدية)، بالأخذ بعين الاعتبار المعايير التالية:

* الإصابة بمرض القلب أو داء السكري من جنس الإناث.
* ألا تكون الإصابة مزدوجة (داء السكري+مرض القلب).
* ألا يقل العمر عن سن الرشد (ما بين 21 سنة إلى 55 سنة).

* ألا تتجاوز مدة الإصابة بالمرض 15 سنة.

* بالنسبة للمصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية تكون قد مرت خمس سنوات على الأقل منذ إجرائها.

3- الأطر المكانية للبحث:

تماشيا مع موضوع البحث المتمثل في الدراسة المقارنة لاستخدام استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري يتم التوجه إلى:

1- مصلحة أمراض القلب بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا:

يعد المستشفى الجامعي "**مصطفى باشا**" من أكبر مستشفيات الجزائر العاصمة، يقع في ساحة أول ماي، يحتوي على 22 مصلحة. و يجري البحث بالتحديد في مصلحة أمراض القلب الموجودة في وسط المستشفى، فهذه المصلحة تتكفل بالفحص الطبي و الاستشفاء لأكثر من 150 سرير موزعين كالآتي: 70 سرير للنساء، و 70 سرير للرجال و10 أسرة للاستعجالات. تأخذ هذه المصلحة بعين الاعتبار كل الأمراض القابلة لإجراء العملية الجراحية، أو الاستشفاء دون عملية جراحية، أوالمتابعة بعد العملية وكذا الحالات الخطيرة بوحدة العناية المركزة.

تنقسم هذه المصلحة إلى (6) ستة طوابق: طابقين سفليين للفحص و العناية المركزة والأشعة وطابقين علويين للاستشفاء، جانب فيه للرجال والآخر للنساء. أما الطابق التحت أرضي الشمالي فيحتوي على 5 مكاتب للكشف الخارجي، مع قسم الأشعة الذي يعمل بصفة دائمة لاستقبال المرضى يوميا. أما الطابق التحت أرضي الجنوبي فيضم جناح خاص بتنظيف الملابس، و قسم خاص بالكشف الكتاتيري Cathétérisme يستقبل من 4 إلى 5 مرضى يوميا. في حين يضم الطابق الأرضي الشرقي قسم خاص بوضع البيس ميكر (Peace Maker) والقسم الغربي خاص باختبارات الجهد Epreuve d’efforts، و مكتب خاص بالدلك Kinésithérapie.

يتكفل بالمرضى طاقم طبي متكون من أستاذ في كل جناح، إضافة إلى أطباء وكذا أطباء مساعدين و جراحين، و طاقم شبه طبي يتكون من ممرضين و تقنيين سامين في الصحة، معتمدين في تكفلهم على أحدث التقنيات المختلفة، و هذا فيما يخص التشخيص و التكفل العلاجي.

تتربع وسط المصلحة مجموعة من المكاتب خاصة بالصيدلة و المساعدة الاجتماعية وكذا مكتب المساعدة النفسية التي تشرف عليه أخصائية عيادية ينصب اهتمامها بحالة المرضى المتواجدين بالمصلحة، إلى جانب استقبال المرضى من النظام الخارجي قصد الكفالة و العلاج النفسي لاسيما التخفيف من حدة الضغط النفسي الناجم عن الوضعية المرضية و توعية المرضى بحقيقة مرضهم.

3-2- مصلحة أمراض السكري بالعيادة المتعددة الخدمات لبئرطرارية:

يضم القطاع الصحي الفرعي "**لبئر طرارية**"، الواقع ببلدية بوزريعة، عيادة متعددة الخدمات تتشكل من بناية تحتوي على طابقين:

الطابق تحت الأرضي و يشمل قاعة استقبال ومكتب لطبيب الأسنان و كذا مكتب لطبيب العظام و المفاصل إضافة إلى مخبر لفحص الدم و مكتب الاستشارة النفسية. أما الطابق الأول فينقسم إلى قسمين: قسم أيمن خاص بداء السكري حيث يحتوي على جناح إداري و مكاتب للفحص الطبي. أما القسم الأيسر فهو خاص بالأمراض الجلدية و الحساسية به مكاتب للفحص الطبي و قاعة استقبال كبيرة.

يتكون الطاقم الطبي للمصلحة من: أطباء مختصين بمرض السكري، أطباء أسنان، عمال مخبريين، و أطباء الحساسية وأخصائيين نفسانيين، ممرضات، إضافة إلى الطاقم المتكون من رئيس العيادة ورئيس الأطباء.

تنظم مصلحة أمراض السكري ندوات إعلامية أسبوعية بمشاركة الأطباء المختصين بداء السكري، الذين يعملون على تحسيس وتوعية المرضى بتقديم الشروحات الوافية عن ماهية هذا المرض و كل المضاعفات التي قد تصاحبه في حالة الإهمال إضافة إلى شرح مختلف أنواع داء السكري حتى يتمكن و يتسنى للمريض تكوين فكرة عن قرب حول مرضه لكي يتمكن من التعايش معه، كما يقدم الأطباء مجموعة من النصائح الخاصة باتباع الحمية و الوقاية من خطر مضاعفات

الجروح الجسمية بغرض التحسين و الدفع من قدرة المريض على التعامل مع مختلف المواقف التي قد يتعرض لها من جراء إصابته بمرض مزمن كداء السكري سواء كان من النمط الأنسوليني أو من النمط الغير أنسوليني.

- و قد تم اختيار هاتين المصلحتين بحكم أنهما تتجاوبان ومواصفات عينة البحث المتمثلة في المصابات بداء السكري و المصابات بمرض القلب.

4- أداة البحث:

لا يأخذ العلم دلالة علمية إلا بتقديمه خصائص موضوعية قابلة للقياس، إذ أن العلم يقوم على الكم، و يتم هذا بواسطة القياس النفسي الذي يتضمن اختبارات ومقاييس موضوعية.

تماشيا مع موضوع البحث تتمثل أداة البحث في مقياس الـ coping لـ Paulhan et al (1994) وهو عبارة عن تكييف للنسخة المختصرة لـ Vitaliano وأعوانه، وكانت الصورة النهائية للمقياس وضع 29 بندا من بين 42 بندا، وباستعمال التحليل العاملي تم التوصل إلى أن بنود الاختبار التي تأخذ بعين الاعتبار المحور العام لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي الذي يضم استراتيجيات متمركزة حول المشكل و التي تحتوي على مقياسين تحتيين الأول والثالث، وأخرى متمركزة حول الانفعال و تحتوي بدورها على المقاييس التحتية الثاني، الرابع و الخامس.

ووفق جدول البنود المرقمة من البند 1 إلى البند 29، يجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من أربعة احتمالات وهي: نعم- إلى حد ما نعم- لا- إلى حد ما لا.

و هذه المقاييس التحتية المذكورة سابقا هي كالآتي:

1- استراتيجية حل المشكل: تضم 8 بنود و هي: (1-4-6-13-16-18-24-27).

2- استراتيجية التجنب: تضم 7 بنود و هي: (7-8-11-17-19-22-25).

3- استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي: تضم 5 بنود و هي: (3-10-15-21-23).

4- **استراتيجية إعادة التقييم الايجابي**: تضم 5 بنود و هي: (2-5-9-12-28).

5- **استراتيجية التأنيب الذاتي**: تضم 4 بنود و هي: (14-20-26-29).

بالتحليل العاملي مع Rotation varimax سمح بالحصول على الأبعاد التالية المتعلقة بالعوامل:

- حل المشكل (VT 9.4%).
- التجنب مع التفكير الايجابي (VT 7.5%).
- البحث عن الدعم الاجتماعي (VT 6.5%).
- إعادة التقييم الايجابي (VT 5.9%).
- التأنيب الذاتي (VT 5.7%).

هذه النتائج سمحت بتكوين سلم ذو مصداقية متكون من 29 بند فقط تقيم 5 أنماط لاستراتيجيات المقاومة و هو سلم **Paulhan et Al (1994)**.

يتم تنقيط مقياس الـ coping لـ Paulhan et al (1994) وفق سلم متدرج من 1 إلى 4 إذ تمنح:

1- نقطة واحدة إذا كانت الإجابة: لا

2- نقطتين إذا كانت الإجابة: إلى حد ما لا

3- ثلاثة نقاط إذا كانت الإجابة: إلى حد ما نعم

4- أربع نقاط إذا كانت الإجابة: نعم

و هو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند 15 الذي يكون تنقيطه بعكس ما ذكرناه أعلاه أي من 4 إلى 1. **(Paulhan, I et al : 1994 p 298).**

5- طريقة إجراء البحث:

بغرض المقارنة بين كيفية تعامل المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري مع الضغط النفسي تم التوجه لكل مصلحة على حدى، و في مكتب مخصص لغرض مقابلة المريضات و تطبيق مقياس **Paulhan et Al (1994)** بطريقة فردية على أفراد العينة، بحيث تطلعهن الباحثة بالتعليمة و البنود المتعلقة

بالاستراتيجيات التي استعملنها في تعاملهن مع الضغط النفسي، و تدون الباحثة الإجابة الخاصة بكل بند من البنود وفق إجابة أفراد العينة.

6- أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية:

من أجل تحليل البيانات يتم استخدام علم الإحصاء الذي يتضمن النظريات والأساليب الرياضية لجمع وتحليل وتفسير بيانات البحوث واستخلاص المعلومات المفيدة منها، لاسيما التحقق من صحة الفرضيات المقترحة.

ففي الدراسة الحالية تمت الاستعانة بالحاسب الآلي في معالجته عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical package for Social Sciences و ذلك باستخدام معامل كاف تربيع (كا²) (Chi-square test) لدراسة الفروق بين التكـرارات فيمـا يتعلـق بأجـوبة المصـابات بمـرض القلب والمصابات بداء الـسكري فيما يخـص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي **(صبري عزام: 2006)**.

الفصل الخامس

عرض و مناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج:

1-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى:

افترضت **الفرضية الأولى** من الدراسة الحالية وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

قمنا بحساب قيمة كاف تربيع (كا^2) لدراسة الفروق بين التكرارات، فتحصلنا على النتائج الممثلة في الجدول رقم (10):

المرض	حجم العينة	كا^2	مستوى الدلالة	درجة الحرية
مريضات قلب أجرين عملية جراحية	25	325.83	0.2	48
مريضات قلب لم تجرين عملية جراحية	25			

جدول رقم (10): الفرق بين إجابات المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية و المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

من خلال نتائج الجدول رقم (10) المبين أعلاه: تبين لنا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية، و بين المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي. حيث أن قيمة: (كا^2=325.83) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة:(α= 0.05)، و درجة حرية: (دح=48).

وبالتالي **لم تتحقق** الفرضية الأولى التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

1-2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية:

من أجل اختبار **الفرضية الثانية** التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني و بين المصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، ارتأينا حساب كاف تربيع (كا^2) لدراسة الفروق بين التكرارات، و فيما يلي نستعرض النتائج المحصل عليها في الجدول رقم (11):

المرض	حجم العينة	كا^2	مستوى الدلالة	درجة الحرية
داء سكري نمط أنسوليني	25	240.27	0.17	48
داء سكري نمط غير أنسوليني	25			

جدول رقم (11): الفرق بين إجابات المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني والمصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

من خلال الجدول رقم (11): الممثل أعلاه: يتبين لنا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني والمصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، بحيث أن قيمة : (كا^2=240.27) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة:(α= 0.05)، ودرجة حرية: (دح=48).

وبالتالي **لم تتحقق** الفرضية الثانية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني والمصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

1-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

لاختبار **الفرضية الثالثة** التي تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب و بين المصابات بداء السكري في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي. قمنا بحساب كاف تربيع (كا^2) لدراسة الفروق بين التكرارات وتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول رقم (12):

المرض	حجم العينة	كا^2	مستوى الدلالة	درجة الحرية
مرض القلب	50	281.25	0.61	98
داء السكري	50			

جدول رقم (12): الفرق بين إجابات المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري حول استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

من خلال الجدول رقم (12) يتبين لنا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، إذ تمثل قيمة كاف تربيع (كا^2= 281.25) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05) ودرجة حرية (دح=98).

وبالتالي **تحققت** الفرضية الثالثة التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري فيما يخص استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

2- مناقشة النتائج:

بينت نتائج البحث عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية و المصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

كما بينت نتائج البحث عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني و المصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

و بينت نتائج البحث أيضا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

و يمكن تفسير هذه النتائج بكون مجمل أفراد عينة البحث، يشتركون في خصائص وعناصر عديدة من بينها: السن والجنس و إزمان المرض، فأفراد العينة كلهم من جنس الإناث، كما أن أعمارهن تتراوح ما بين 21 إلى 55 سنة و كلهن مصابات بمرض مزمن، يفرض تبعات نفسية على هامش المسيرة العلاجية المتواصلة، والتي تكرس المعنى الذي يأخذه المرض المزمن في نفسية المريضات من خطورة، علاوة على كثرة التوقعات السلبية بتدهور الحالة الصحية إلى الأسوأ مما يزيد من حدة الضغط النفسي إزاء التبعية الطبية من جهة، ومن جهة أخرى تغذية تقييم المصابات بمرض القلب وكذا المصابات بداء السكري لإدراك الوضعيات الحياتية التي تصادفهن على أنها وضعيات ضاغطة مُشَكِلة لضغط نفسي طويل الأمد، في خضم استرسال الضغط النفسي نحو مدة غير محددة الآجال و الحل، وما يتضمنه الضغط النفسي من مضامين نفسية واجتماعية وفيزيولوجية تتحدد تبعا لمميزات الموقف الضاغط المتمثل في المرض المزمن (مرض القلب- داء السكري).

و هذا ما أكد عليه Cohen (1989) من خلال اعتباره لمميزات الوضعية الضاغطة من طبيعة الضغط النفسي، درجة التهديد التي يعبر عنها، وكذا المدة التي يشملها الضغط النفسي، كلها عوامل من شأنها تحديد طبيعة الاستراتيجيات سواء تلك التي يستعملها الفرد بغرض التصدي والتعامل مع الضغط النفسي من خلال تسيير أو تنفيذ حل للمشكل الذي يعود إليه الضغط.

كما قد يستعمل الفرد استراتيجيات تهدف إلى خفض حدة الانفعالات، فإذا كانت الوضعية قابلة للتغيير و التطور فإن الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل تكون أكثر استعمالا، في حين أن الاستراتيجيات المتمركزة حول خفض الضغط الانفعالي تكون مفضلة و يلجأ إليها إذا كـانت الوضعيـة غير قابلـة للتعـديل أوالضبـط أو التحـكم، كمـا هو الحـال في حـالة الإصابـة بأمـراض مزمنـة كـداء السكري ومرض القلب. **(Schweitzer, MB et Dantzer, R : 1994)**

فبالنسبة للمصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية و كذا المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني أو الغير أنسوليني يشكل المرض لهن اضطرابا في الإتزان الجسمي و الانفعالي أو انقطاعا في المسار الطبيعي للعادات، و التي تجبرهن على البحث أو الوصول إلى توازن داخلي جيد، باعتبار أنهن يعطين معنى لكل ما يدور من حولهن وفقا لإدراكاتهن للمرض على أنه وضعية مهددة، تعد مواجهتها بمثابة تحقيق للراحة النفسية و الجسدية.

إلا أن التقييمات المتعلقة بعدم امتلاك القدرات الكافية من أجل مواجهة ذلك التهديد و التكييف مع مطالبه، تجعلهن يركزن على تخفيض حدة الضغط النفسي و الانفعالات السلبية الناجمة عنه، ليس لأنهن مجبرات على ذلك، وإنما لأن الأولـوية تقـضي بـذلك. **(Scheiver, MF et Carver, C.S : 1987)**

إذ أن المرض المزمن يصعب ايجاد حلول بديلة له أو ذات فعالية في تطبيقها لأنها وضعية تتجاوز إمكانات و قدرات المصابات على حل المشكل المطروح أو تحسينه، مما يصعب عليهن المعالجة المباشرة للمشكل المطروح، و بالتالي تتجه المصابات نحو تقليل أو تخفيض شدة التوتر النفسي و الاضطرابات الفيزيولوجية

الناتجة عن حالة الضغط، ويتم ذلك بتفريغ الشحنة العاطفية كالقلق و الخوف. و يدعم هذا ما يشير إليه Folkman وLazarus (1984) بالتقييم الخاطئ للقدرات و الذي ينتج عنه إحباط و غضب بسبب فقدان التحكم في الواقع، مما يبعد الفرد عن الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل.

ضف إلى ذلك كثرة المشاكل و المضاعفات الصحية التي تعانيها المصابات بداء القلب والمصابات بداء السكري على حد سواء، من حيث إزمانها و ضرورة متابعة التكفل العلاجي المستمر لها مما يحول دون استقرار المصابات.

إذ يرى Lazarus (1984) في هذا السياق، أنه مع وجود اختلاف في ردود الأفعال تجاه الضغط النفسي لدى المصابين بأمراض مزمنة إلا أنهم عادة ما يعانون من عواقب الضغط النفسي حتى و إن اختلفت استجاباتهم التعاملية مع المرض و متطلبات العلاج و هذا لخصوصية الضغط النفسي إزاء المرض المزمن و يشير إلى هذا أيضا Terry (1994) باعتبار أن الوضعيات المركبة المستمرة و الصعب ايجاد حلول لها خاصة في ظل العراقيل و الحواجز، يصبح التخطيط لحل المشكل بدون فعالية لعدم إمكانية الضبط و التحكم. و بالتالي لا تؤدي هذه الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل إلى تخفيض مستوى الضغط النفسي فيتجه الفرد نحو الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لفعاليتها.

ويضيف Lazarus (1984) في هذا المجال إلا أن فعالية تخفيض الضغط الانفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط، إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو فكرة التحكم عندما يتعلق الأمر بالوضعيات الطويلة الأمد، كما هو الحال في كون أفراد العينة كلهن مصابات بأمراض مزمنة بمختلف تعقيداتها، إلا أنها تعتبر كلها كوضعيات مهددة، سرعان ما يظهر عجز في إيجاد حل نهائي لها لتعذر إيجاد إمكانيات تغيير الوضعية أو إيجاد بدائل لها.

مما يدعم ظهور استراتيجيات عديدة من بينها: التجنب أو التفادي، التقليل من أهمية الشيء، الانتباه الانتقائي...و هذا بالتركيز على الانفعال لإعادة تقدير الوضعية محل المواجهة و ذلك بتغيير معناها أو إعطائها تفسيرا آخر، و هذا الأسلوب يصل بالفرد إلى التقليل من قيمة أو أهمية الخطر المحدق به.

وما يفسر النتائج المتعلقة بكون المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري يستخدمن نفس الاستراتيجيات لمواجهتهن وتعاملهن مع الضغط النفسي، التعرض المستمر لأجـل غير محـدد للمواقف الضـاغطة و الاستجـابة بها و التكيـف مع متطلبـاتها، إذ يؤكد Dimatteo (1991) أن الاستراتيجية تستمد فعاليتها إذا ما سمحت للفرد التحكم أو تخفيف الآثار و المخلفات السلبية التي تهدد صحته الجسدية و النفسية.

كما أن انعدام الفروق يمكن أن يرجع إلى إدراك المصابات لقصور أو استحالة خروجهن من الوضعية التي يعشنها. ويرى Cohen (1994) في هذا الصدد أن الضغط النفسي لا يُرى و لا يعرف من خلال الحدث أو الاستجابة الفيزيولوجية للفرد تجاه الحدث، وإنما يعرف الفرد الضغط النفسي من خلال إدراكه و تقييمه للموقف على أنه مهدد له و أنه من المهم الاستجابة له ولكنه لا يملك الاستجابة الملائمة و الفعالة.

كذلك يمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إلى اختصار وظيفة الاستراتيجيات المركزة على المشكل على: جمع معلومات حول المرض و كيفية الوقاية من تفاقم المضاعفات، مما يجعل الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال أكثر بروزا، من جراء استحالة تفعيل أساليب مناسبة لحل المشكلة و الخروج من حالة إزمان المرض، وبالتالي تلجأ المصابات إلى التنظيم الوجداني مع تقبل الموقف كما هو والإقرار بأن لا شيء يمكن عمله و بالتالي الاستسلام للقدر في ظل حالة التقييمات الغير قابلة للتغيير.

إذ ان التقييم المعرفي للحدث الضاغط يحدد مقدار التهديد الذي تحتويه الأمراض المزمنة و كذا المصادر التي تمتلكها المصابات، فهذا التقييم من شأنه أيضا أن يحدد استجابة المصابات للضغط النفسي و مدى فعاليتها.

و في هذا الشأن قد بين Laborit (1980) بأنه إذا كان بمقدور الفرد التحكم في الحدث فإن الاضطرابات البيولوجية و الفيزيولوجية و السلوكية الناجمة عن الضغط النفسي تكون قليلة فحتى و إن كانت الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل ذات فعالية جزئية في ظل الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، والتي

يوظفها الفرد لانعدام القدرة على التحكم في العامل الضاغط (المرض). **(Ferreri et al, 2002, p 77)**

وما يفسر الفعالية الجزئية لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابات بمرض القلب و كذا المصابات بداء السكري الاقتصار على التعرف على المشكل الصحي و تحديده و التوقف عند ذلك لاستحالة ايجاد حلول مناسبة أو تنفيذ خطة عمل تهدف للوصول إلى الحل المرغوب فيه والذي يحقق الراحة الجسمية والنفسية، وبالتالي يتوقف الأمر عند جمع معلومات كثيرة تخص الوضعية و البحث عن دعم معنوي أو اجتماعي.

وبالمقابل تبحث المصابات بمرض القلب وداء السكري عن استعادة الإتزان الانفعالي في المقام الأول لصعوبة استعادة السلامة الجسمية من مرض مزمن مستعصي الشفاء. ومنه تبرز استراتيجيات عديدة كالتجنب و الهروب،عدم التحكم في التعبير الانفعالي، وكلها توظف بغرض التأثير على الإحساس أو الانفعال بطرق مختلفة، وإن كانت أحيانا تؤدي إلى الشعور بالراحة النفسية المؤقتة من أعباء الضغط النفسي. و هذا ما أكد عليه كل من Fletcher و Suls (1985) باعتبارهما للاستراتيجيات الموظفة فعالة بحد ذاتها و مستقلة عن الموقف الضاغط، لأن تجنب الانفعال المتزايد و تسهيل العمل النفسي يسمح بلا شك بفهم الواقع بالتدريج، لاعتماد فعالية الاستراتيجية على خصوصيات الوضعية و كيفية التعامل مع الضغط النفسي الذي تفرضه. خاصة و أن الفرد أمام حدث لا يمـكنه التـحكم فيه، لا يمـكنه تفعيـل حـل أو حـلول تقـضي نهائيـا عـلى الـضغط الـنفسي الذي يعـايشه من جـراء وضـع يجـسد الاستمـرارية والديمـومة أوالإزمـان. **(Paulhan, I et Bourgeois, M : 1995)**

فمن الجلي أن المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري تتعاملن مع الضغط النفسي وفقا لميزاتهن و تصوراتهن و إدراكهن و تقييمهن لقدراتهن و إمكانياتهن على مواجهة الضغط النفسي، لأن التغيرات الناشئة عن المرض المزمن تتطلب تكيفا وفقا لمتطلبات المرض و ما يقتضيه من علاج و حمية واتباع الوسائل الوقائية لتفادي تأزم وتدهور الوضع الصحي. ومن الدراسات التي أقيمت في هذا

المجال دراسة حسن عبد المعطي (1989) و التي بينت بأن المصابين باضطرابات و أمراض مزمنة يدركون مختلف أحداث الحياة على أنها مثيرة للضغوط، إضافة إلى الدور الذي تلعبه تلك الأحداث في زيادة التأثير على المرضى على الصعيد النفسي والاجتماعي و المعرفي و الجسدي، لاسيما و أن الأمراض البدنية المزمنة تجبر صاحبها على تغيير أسلوب حياته. و تبني أسلوب حياة لما كان عليه. **(حسن مصطفى عبد المعطي: 1994)**

و لا يفوتنا التنويه بهذا الصدد بجملة الضغوط النفسية المتنوعة التي قد تعايشها المصابات بمرض القلب و المصابات بداء السكري سواء أكانت ضغوطا أسرية، أوعاطفية أو اجتماعية أو اقتصادية. و التي تفرض عليهن كيفية الاستجابة و التعامل مع مختلف الضغوطات النفسية.

فحسب Lazarus و Folkaman (1984) فإن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط تعد المؤثر الأول على الصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته.

ومن هنا نلتمس بأن الضغط النفسي الناجم عن مرض مزمن له تفرعات عديدة ومضامين مختلفة (بيولوجية، معرفية، اجتماعية...) تدعم اعتقاد المصابات بمرض القلب و داء السكري بعدم قدرتهن على السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياتهن و عجزهن عن فعل شيء إزاءها. و هذا المعتقد المتمثل في عدم جدوى الفعل يكرس الاستسلام واستخدام استراتيجيات التجنب وأخذ المسافة.

وفي نفس المجال يرى Schwob (1999) بأن العجز المرتبط بشعور الفرد بعدم إمكانية التحكم في الوضعيات الضـاغطة، وكذا عدم إمكانية تغيير الوضع، يحول دون القيام بمجهودات. **(Schwob, M :1999)**

حتى و إن ساد الاعتقاد بأن الضغط النفسي استجابة منظمة إلا أنه عامل مرتبط بطبيعة و شدة الموقف الضاغط و تكراره و قدرة الفرد على المواجهة تبعا لإدراكاته وتقييماته التي يبديها حول الموقف، والذي يجعل للوضعية أهمية كبرى أكثر من الحدث في حد ذاته، إذ أن مجمل الأبحاث في هذا الميدان قد توصلت إلى أنه ليس بإمكان الأشخاص المعرضين إلى وضعيات شديدة الضغط و على المدى

الطويل الرجوع إلى حالة الراحة الفيزيولوجية و النفسية التي كانوا عليها سابقا، نظرا لأن الإصابة بمرض مزمن لا تعد تجربة قصيرة المدى أو موجزة. **(Wortman, B et al : 1992 p 89)**

كما يشير Moos و Tsu (1977) إلى أنه في حالة الأمراض الجسمية يستوجب على المريض التعامل مع مختلف مصادر الضغط النفسي (ألم، عجز، ظروف علاج...) و في ذات الوقت عليه ان يحافظ على توازنه الانفعالي من خلال تخفيض حدة الضغط النفسي الذي تشكله وضعية المرض من جهة، ومن جهة أخرى تجاوز الـصعوبات النفـسية و الاجتمـاعية المصـاحبة له كالقـلق و الشعور بقلة فعـالية الـذات وتقديرها. **(Schoplug, W et Battman, W : 1988)**

و عليه فانعدام وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري في كلتا الحالتين، تمكننا من القول بأن المريضات تتعرض للعديد من مصادر الضغط منها (المضاعفات، متطلبات العلاج و طرقه، استمرارية المتابعة الصحية، الصعوبات و الاضطرابات النفسية و الاجتماعية) و التي تستلزم منهن درجة من الرقابة. إلا أن إزمان المرض يَحد من إمكانية المراقبة الدائمة، و هذا ما يفسر لنا سبب اتجاه المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري نحو محاولة الحفاظ على التوازن الانفعالي.

و تترافق هذه النتائج و نتائج البحوث التي قام بها:

Pettingal et Morrus (1979) و Surtees et Dean (1989) و التي بينت بأنه في حالة الإصابة بأمراض مزمنة مستعصية الشفاء، تعد استراتيجية الهروب أو الإنكار أوإعادة التقييم الايجابي، بمثابة الاستراتيجيات التي تسهل عملية التكيف الفعال عند هؤلاء المرضى. **(Paulhan, I et Bourgeois, M : 1995)**

وفي نفس السياق بينت دراسة Lazarus وFolkaman (1984) بأن الاستراتيجيات النشطة تبدو فعالة في حالة ما إذا كان الحدث الضاغط تحت رقابة الفرد، أما في حال غياب تلك الرقابة كما هو الشأن في حالة الأمراض فإن الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال كاستراتيجية التجنب و إعادة التقييم

الايجابي تصبح الاستراتيجية الأكثر تكيفا. و هذا ما يتوافق مع نتائج بحوث كل من Illis و Lee (1990) بأن الفرد يسعى لاستعمال الاستراتيجيات الدفاعية المتمركزة حول الانفعال عند شعوره بعدم تمكنه من إحداث تغيير جيد للتهديد الذي يساوره، أو عند إدراكه بأن درجة الضغط شديدة وتفرض أعباء و متطلبات عديدة في محاولة التكيف معها و هذا في ظل تعدد مصادرها.

الشيء الذي دلت عليه دراسة Schinn و Rosario (1984) حيث وجدا بأنه بالرغم من اكتساب الأفراد للوسائل الدفاعية المتمركزة حول حل المشكل، إلا أن استعمالها يبقى ضعيفا بالمقارنة مع الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال نظرا لتنوع وتعدد مصادر الضغط النفسي من جهة، و من جهة أخرى عدم تحكم الأفراد في هذه المصادر من جراء تقييمهم لعدم امتلاك القدرة على مجابهتها و ضبطها.

و يمكن أن يعود هذا إلى الطبيعة المتعددة الأبعاد لسياق التعامل مع الضغط النفسي، إذ انه من جراء المرض تواجه المصابات مختلف منابع الضغط النفسي، و في نفس الـ وقت تحـ اولن الحفاظ على إتـ زان انفعـ الي و صورة مرضيـ ة عن أنفسهن، وهذا بحصرهن على عدم فقدانهن لمواردهن و علاقاتهن وفقا لمضمون الضغط النفسي، فحسب دراسة قام بها Pearlin و Schooler (1978) بيّنا فيها أن الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في حال عدم جدوى بذل مجهود يسمح بتغيير الحالة و مراقبتها، تدعم ظهور مكثف لاستراتيجيات متمركزة حول الانفعال يتم تبنيها خاصة في حالة الإصابة بأمراض مزمنة ذات أعباء متفاقمة كما هو شأن المصابات بمرض القلب و كذا المصابات بداء السكري. **(Paulhan, I et Bourgeois, M : 1995)**

وبناءً على نموذج Folkman وLazarus المرتبط بالضغط النفسي واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، نستنتج أن المرض المزمن يشكل في مجمله مصدرا للضغط النفسي، و هذا ما أشار إليه بتواجد الفروق الفردية في التوافق النفسي مع المرض وارتباطها إلى حد كبير بنوع الاستجابة التي يبديها الشخص مع الضغط، من منطلق أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد مع الموقف

الضاغط تعتبر المؤثر الأول على الصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته. كما نستنتج من خلال بحثنا المتعلق بمقارنة كيفية تعامل المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري مع الضغط النفسي، أنه في كلتا الحالتين لا توجد فروق في تعاملهن مع الضغط النفسي، في خضم وضعية المرض المزمن الذي يصعب إيجاد حل آني له مع أنه يهدد عضوية الفرد ونفسيته.

خاتمة:

لا تتجلى ظاهرة في هذا الكون إلا وتؤثر وتتأثر بغيرها من الظواهر أو العوامل، وتعد ديناميكية تفاعل التأثير والتأثر هذه، مكونا أساسيا في طبيعة الظاهرة، و الكشف عنها قيمة علمية تساعد على التحكم و الاستفادة بمنافع علمية و عملية.

أجريت هذه الدراسة من هذا المنطلق بغية الكشف عن مدى تأثير كل من مرض القلب و داء السكري على الجانب النفسي للمصابات به. وبالتحديد كيفية تعاملهن مع الضغط النفسي الناجم عن المرض المستعصي الشفاء.

وقد اعتمدنا في هذا البحث على "**المنهج الوصفي المقارن**" للمقارنة بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري فيما يخص تعاملهن مع الضغط النفسي، استخدمنا مقياس الـ coping لـ Paulhan et al (1994) وهذا من خلال تطبيقه على عينة متكونة من 100 امرأة متوزعات بالتساوي إلى مجموعتين، **المجموعة الأولى** تضم 50 مصابة بمرض القلب، 25 منهن أجرين عملية جراحية بينما 25 منهن لم تجرين عملية جراحية.

أما **المجموعة الثانية** فتضم 50 مصابة بداء السكري، 25 منهن مصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني، في حين 25 منهن مصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني. وقد تم اختيار أفراد العينة من جنس الإناث بطريقة قصدية.

وكنا قد افترضنا في هذه الدراسة أنه:

- توجد فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية والمصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية، في استخدامهن التعامل مع الضغط النفسي.

- توجد فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني والمصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

- توجد فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

وبعد تحصلنا على نتائج تطبيق مقياس البحث على أفراد العينة، قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية مستعينين بنظام الـ SPSS من خلال حساب معامل (كا^2) لدراسة الفروق بين التكرارات. و تمثلت النتائج التي تمت مناقشتها فيما يلي:

- عدم تحقق **الفرضية الأولى** التي تنص على وجود فروق دالة ما بين المصابات بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية، والمصابات بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية، في استخدامهن لاستراتجيات التعامل مع الضغط النفسي.

- كما لم تتحقق **الفرضية الثانية** التي تنص على وجود فروق دالة ما بين المصابات بداء السكري من النمط الأنسوليني و بين المصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني في استخدامهن لاستراتجيات التعامل مع الضغط النفسي.

- وتحققت **الفرضية الثالثة** التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائيا ما بين المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري، في استخدامهن لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

وما أسفرت عليه الدراسة الحالية يرسخ لدينا الاعتقاد بأن كيفية تعامل المصابات بمرض القلب لا يختلف عن كيفية تعامل المصابات بداء السكري بحكم كون كلا المرضين مزمنين، يستعصي شفاؤه و يتطلب متابعة صحية مستمرة.

ولا يفوتنا في الختام التنويه بأن نتائج هذا البحث متعلقة بأفراد العينة وظروف إجراء البحث. كما أن بحثنا هذا ما هو إلا منطلق لفرضيات أخرى حول تعامل المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

1- آدم فتحي: "**موسوعة جسم الإنسان**"، ط1، مؤسسة الرسالة، بيروت، 2000.

2- إميل خليل بيدس:"**دليل الأمراض النفسية و البدنية**"، ط1، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1991.

3- أمين رويحة:"**داء السكري**"، ط3، دار القلم، بيروت، 1983.

4- أيمن كامل أبو المجد:" **القلب في الصحة و المرض**"، ط1، مكتبة لبنان، لبنان، 1999.

5- جمعة سيد يوسف:"**دراسة في علم النفس الإكلينيكي**"، ط1، دار غريب، القاهرة، 1991.

6- حامد عبد السلام:"**الصحة النفسية و العلاج النفسي**"، ط1، عالم الكتب، القاهرة، 1987.

7- حسن مصطفى عبد المعطي:"**ضغوط أحداث الحياة و أساليب مواجهتها**"، المجلة المصرية للدراسات النفسية، 1994.

8- حسين فايد:"**الإكتئاب والعدوان في العصر الحديث**"، ط1، مؤسسة حورس الدولية للنشر، مصر، 2001.

9- حكمت عبد الحكيم فريحات: "**تشريح جسم الإنسان**"، دار الشروق، عمان، 1996.

10- سمير شيخاني:"**الضغط النفسي**"، ط1، دار الفكر العربي، بيروت، 2003.

11- شلش علي صبحي:"**علم وظائف الجسم**"، ج2، ط1، معهد العلوم الحيوية، جامعة عنابة، الجزائر، 1984.

12- عباس عمارة الدين:"**أضواء على النفس البشرية**"، ط1، دار الثقافة، لبنان، 1987.

13- عبد المعطي مصطفى:"**علم النفس الإكلينيكي**"، ط1، دار النشر، مصر، 1998.

14- عزام صبري:"**الإحصاء الوصفي و نظام SPSS**"، ط1، عالم الكتاب الحديث، عمان، 2006.

15- عسكر علي:"**ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها**"، الصحة النفسية و البدنية في عصر التوتر و القلق"، ط1، دار الكتاب الحديث، عمان، 2000.

16- عصام الحمصي:"**الموسوعة الطبية الموجزة**"، ط1، دار الرشيد، دمشق، بيروت، تاريخ الطبع غير وارد.

17- عمار بوحوش، محمد محمود الذنبات:"**منهاج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**"، ط2، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999.

18- فاروق عثمان:"**القلق و إدارة الضغوط النفسية**"، ط1، دار الفكر العربي، مصر، 2001.

19- فيصل محمد الزراد:"**الأمراض العصابية و الذهانية و الاضطرابات السلوكية**"، ط1، دار القلم، بيروت، 1987.

20- فيصل محمد الزراد:"**الأمراض النفسية الجسدية**"، ط1، دار النفائس، بيروت، 2000.

21- لطفي عبد الباسط ابراهيم:"**مقياس عملية تحمل الضغط**"، ط1، كلية التربية، جامعة الملوفية، 1994.

22- لازاروس: ترجمة محمد غنيم: "**الشخصية**"، ط1، دار الشروق، بيروت، 1981.

23- مايسة أحمد النيال- هشام ابراهيم عبد ا :"**أساليب مواجهة ضغوط الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة الطلبة**"، جامعة قطر، مجلة لمركز الإرشاد النفسي، العدد 4، جامعة عين شمس، مصر، ص 88-89، تاريخ الطبع غير وارد.

24- محمد السيد الهابط:"**التكيف و الصحة النفسية**"، ط1، الإسكندرية، تاريخ الطبع غير وارد.

25- محمد السيد عبد الرحمن:"**علم الأمراض النفسية و العقلية**"، ط2، دار قباء، القاهرة، 1999.

26- محمد خليفة بركات:"**منهاج البحث العلمي في التربية وعلم النفس**"، ط1، دار القلم، الكويت، 1989.

27- محمد رفعت:"**أمراض القلب و الغدد**"، ط1، دار المعرفة، بيروت، 1991.

28- محمد رفعت:"**السكر و علاجه**"، ط4، دار المعرفة، بيروت، 1981.

29- محمد فايز المط:"**الجسم البشري**"، ج1، ط1، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1989.

30- محمد ياسين عطوف:"**أمراض القلب و الشرايين**"، ط1، دار الكتاب اللبناني، بيروت، 1981.

31- محمد ياسين عطوف:"**علم النفس الإكلينيكي**"، ط1، دار النشر للملايين، بيروت، 1986.

32- محمد السيد أبو النيل:"**الأمراض السيكوسوماتية**"، المجلد الأول، ط2، دار النهضة العربية، بيروت، 1994.

33- مروان بوزيت:"**مرض السكري**"، ط1، دار الهدى، الجزائر، تاريخ الطبع غير وارد.

34- مروان منير مسلوب: مراجعة ميخائيل نعيمة:"**العيش مع داء السكري**"، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1988.

35- مية الرحبي: "**داء السكري**"، ط1، الأهالي للطباعة، دمشق، تاريخ الطبع غير وارد.

36- هارون توفيق الرشيدي: "**الضغوط النفسية**"، ط1، مكتبة الأنجلو مصرية، مصر، 1999.

37- هرمن بوميرانز: ترجمة عبد الحليم العلمي:"**الضغط الدموي و كيف نتعايش معه**"، ط2، دار النفائس، بيروت، تاريخ الطبع غير وارد.

38- هيكيت كينان:" **السيطرة على الضغوط النفسية**"، ط1، دار العلوم العربية، لبنان، 1999.

المراجع الأجنبية:

39-André, D et Jaques, B : « **Dictionnaire de la médecine** », Larousse, France, 1985.

40- André, G et d'autres : « **Guide pratique du diabète** », 2éme édition, Masson, 2001.

41- Bugard, P : « **Stress, fatigue et dépression** », Doin, Paris, 1979.

42- Cousali, D : « **Introduction à la psychologie de la santé** », PUF, Paris, 1997.

43- Catallier et d'autres : « **Traiter le diabète sucré** », Edisen, Paris, 1984.

44- Dantchev, N : « **Stratégie de "coping" et "Pattern A", coronorogène** », revue de médecine psychosomatique n° 17/18-1989, p 23-100-106.

45- Ferreri, M : « **Le Stress de la psychologie de l'approche thérapeutique** », Paris, 1992.

46-Ferreri, M et al : « **Travail, stress et adaptation** », Elsevier, Paris, 2002.

47- Fontaine, O : « **Stress et cardiologie** », Masson, Paris, 1996.

48- Grand, F : « **Les stress de la psychologie** », l'approche thérapeutique, Paris, 1993.

49- Graziani, P et al : « **Validation française du questionnaire de coping et thérapie comportemental et cognitive** », volume 08, N°03, Masson, Paris, 1998.

50- Ikhlef, A : « **Stress and ilness the protectives affects of coping efficacy**», revue algérienne n°06, 1994, p 295.

51-Jeannet, PH, et Raymond, M : « **Psychologie médicale** », Masson, Paris, 1996.

52- Kanatsoulis, J : « **Psychologie du cardiaque interaction psychique et cardio-vasculaire** », Doin et cie, Paris, 1961.

53- Lazarus, RS et Folkman, SF : « **Psychological stress and the coping process** », Mc Grow Hill, New York, 1984.

54- Marechal, MC: « **Anxiété, stress et maladies cardiovasculaire** », Laboratoire Synti-labo, France, 1994.

55- Miller, SM : « **A perspective on the effects of stress and coping on decrease and health** », in livine (s) and hursin (H), New york, 1980.

56- Mosfakara, M: « **Module de cardiologie** », ODPU, Ben Aknoun, Alger, 1984.

57- Nicolas, C : « **Manuel de thérapeutique médicale, diabète sucré et hyperlipidimie** », Office des Publications Universitaires, Alger, 1991.

58-Nobert, S : « **Dictionnaire de la psychologie** », Larousse, Paris, 1999.

59- Ovide, F : « **Stress et cardiologie** », Masson, Paris, 1996.

60- Paulhan I et al : « **Le jour de coping, traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano et al** », médico psychologie, 1994.

61-Paulhan, I et Bourgois, M : « **Stress et coping, les stratégies d'ajustement à la diversité** », PUF, Paris, 1995.

62- Roland, J.P : « **Inventaire de coping pour situations stressantes** », Centre de psychologie appliquée, Paris, 1998.

63- Scheiver , MF et Carver, C.S : « **Coping stratégies and individual meaning of ilnes**», SO.SCI, Med, Vol 34 N° 4, 1987.

64-Schoplug, W et Battman, W: «**The Costes and benefits of coping reasons**», Hand Book, 1988.

65- Schweitzer, MB et Dantzer, R : « **Introduction à la psychologie de la santé** », PUF, Paris, 1994.

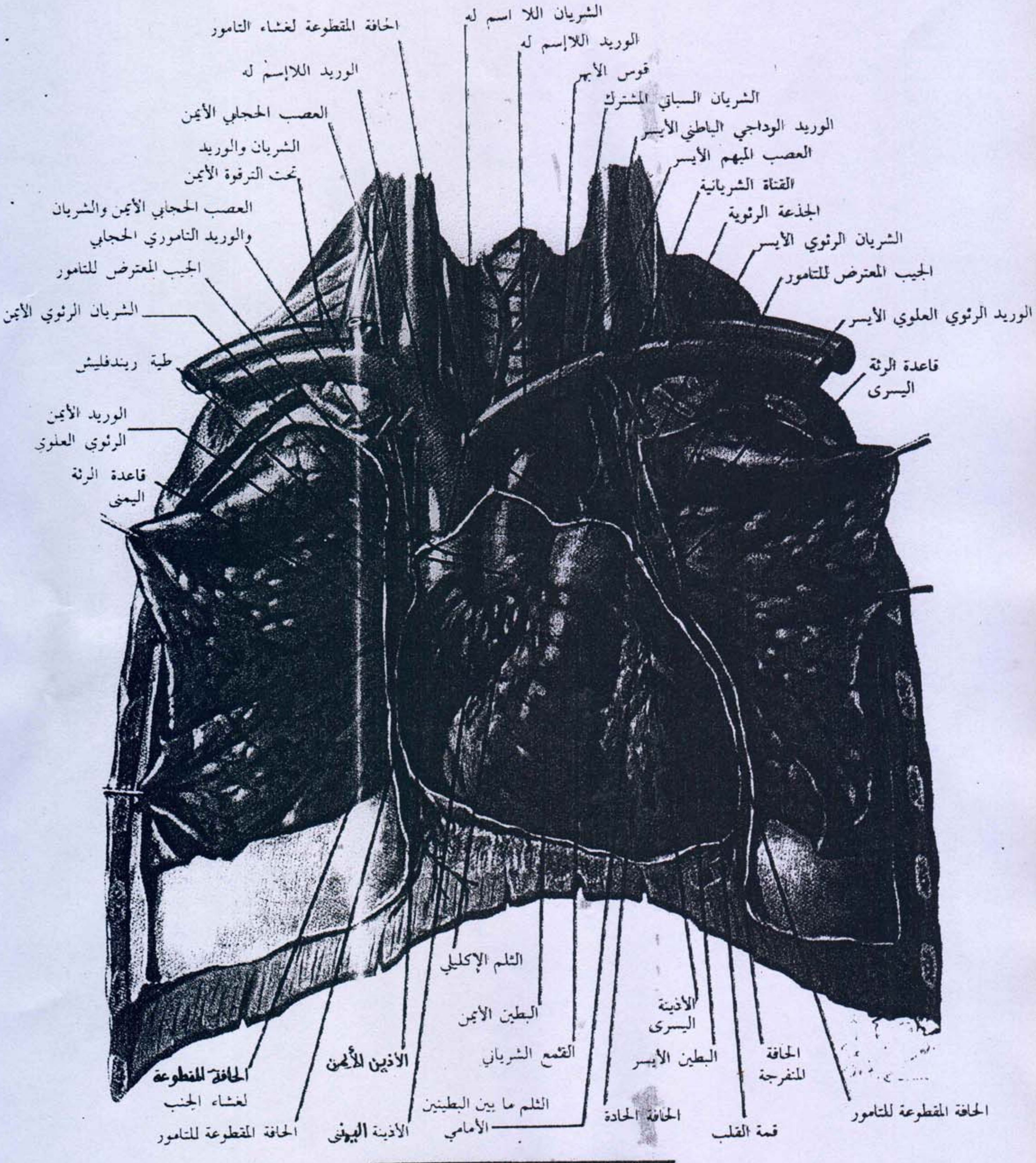
66- Schwob, M : « **Le stress** », Flammarion, Paris, 1999.

67- Servant, D et Parquet, PH : « **Stress, anxiété et pathologie médicale** », Masson, Paris, 1995.

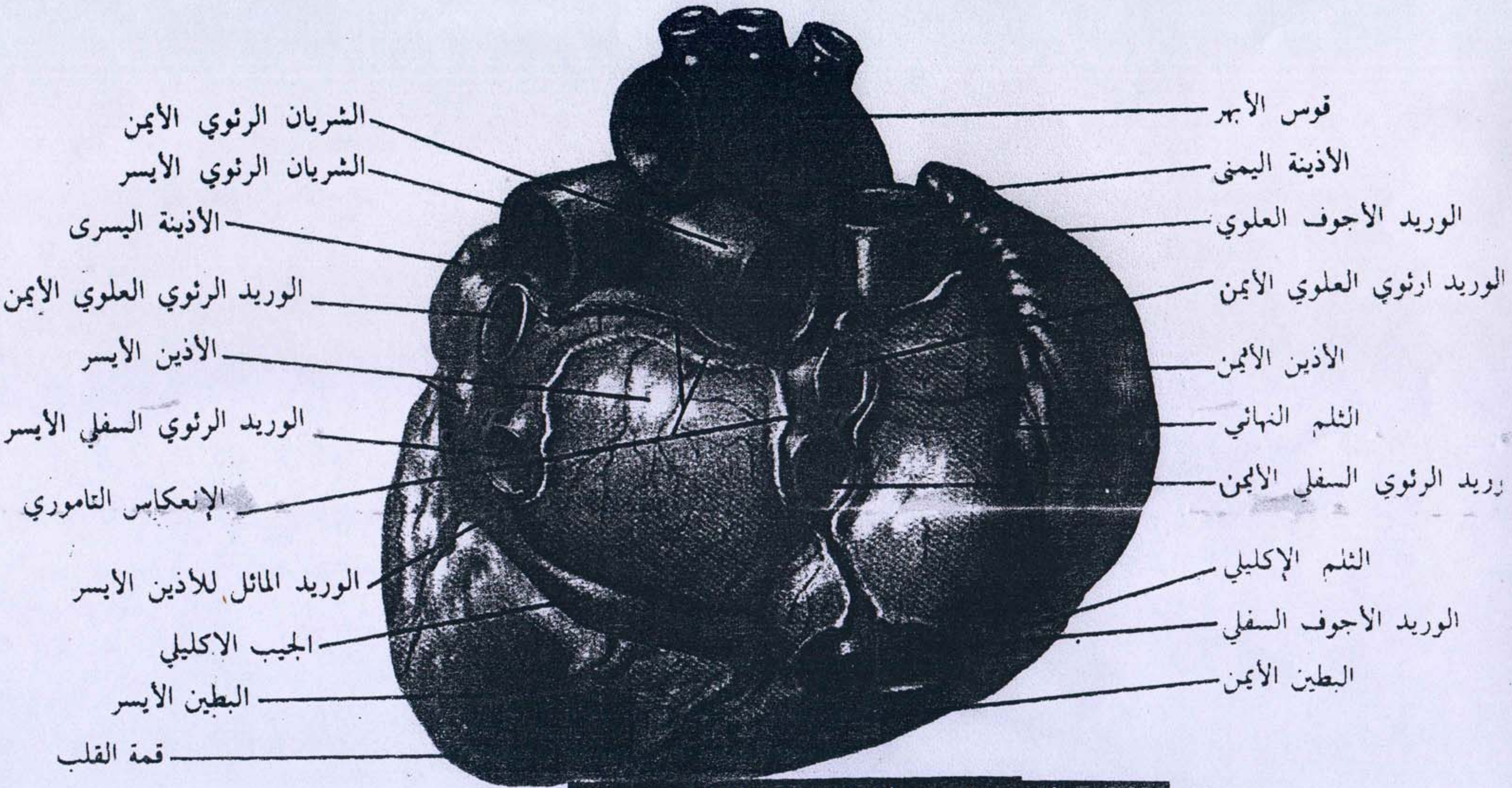
68- Souzmer, A, Patrichia, O : « **Homme, anatomie, psychologie, hygiènne** », Mir, Moscow, 1995.

69- Wortman, B et al : « **Psychologie** », Marry Emanchalle, Paris, 1992.

الملاحق

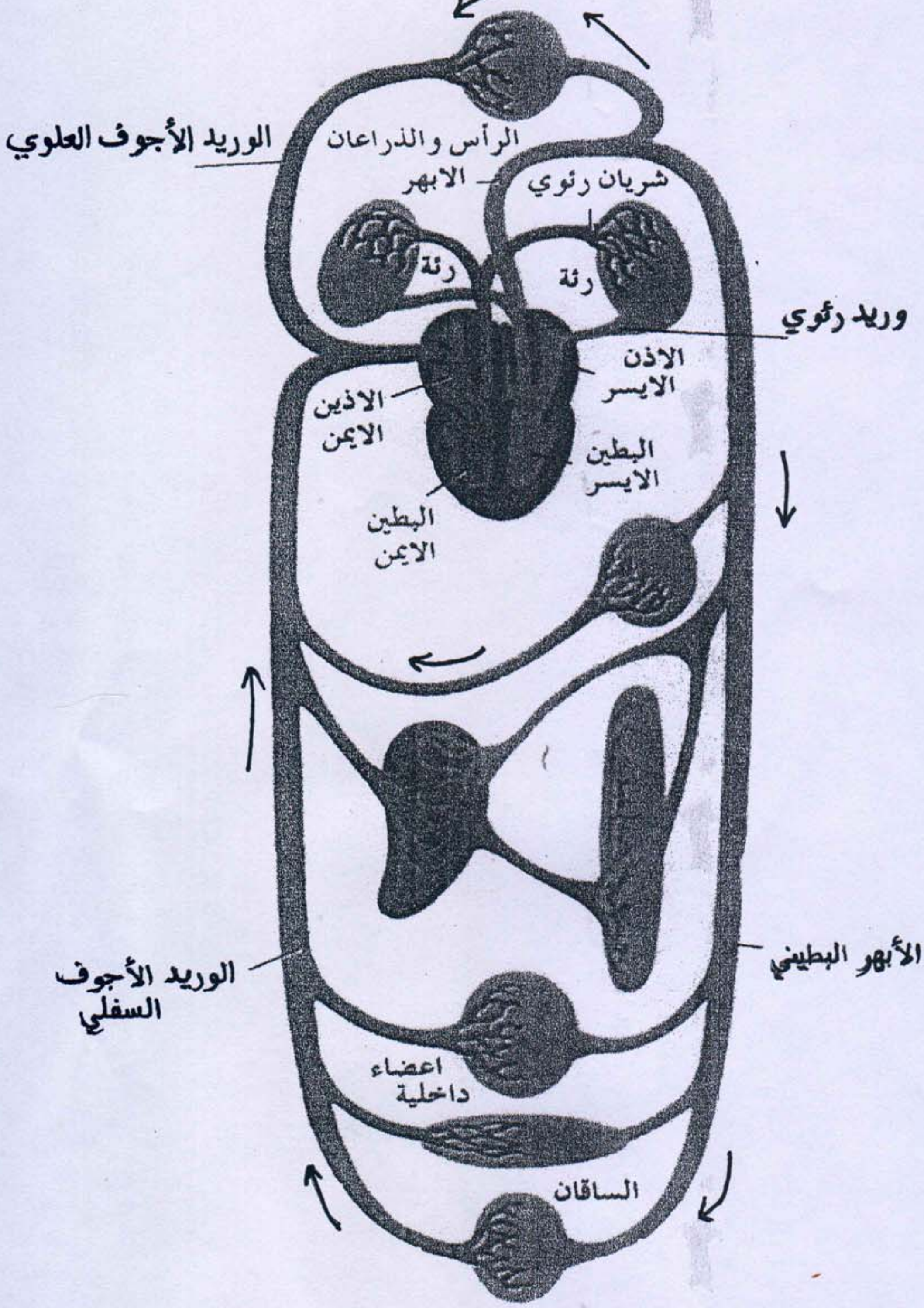


الرسم رقم (١) : منظر امامي للقلب داخل الصدر بين الرئتين، على الحجاب الحاجز

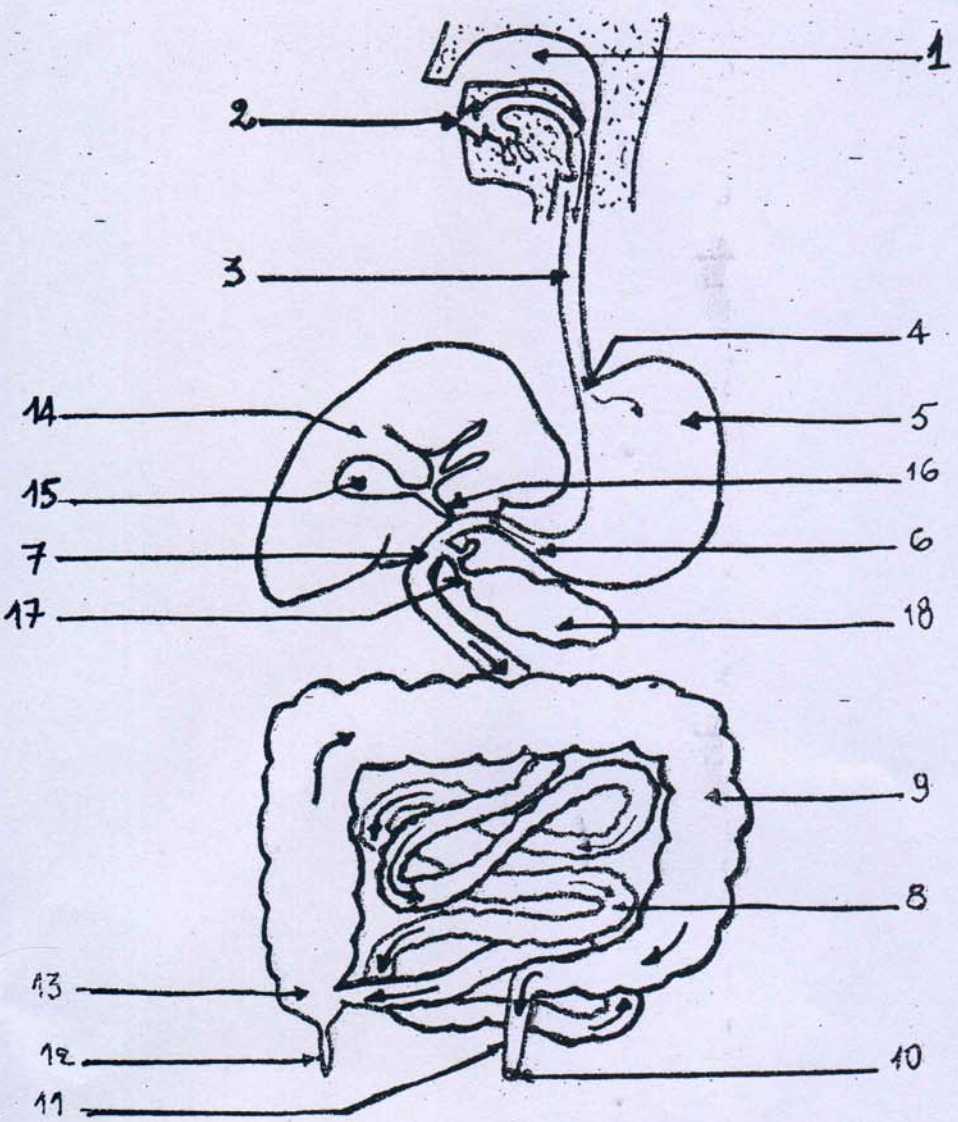


منظر خلفي للقلب (القاعدة)

الرسم رقم (٤)



الرسم رقم (3) : الدورة الدموية .



الرسم رقم (4): الجهاز الهضمي للإنسان .

1 ـ حفرتان أنفيتان . 2 ـ فم . 3 ـ مرئ . 4 ـ فتحة فؤادية . 5 ـ معدة 6 ـ فتحة بوابية . 7 ـ العفج . 8 ـ معي دقيق . 9 ـ معي غليظ . 10 ـ فتحة الشرج . 11 ـ المستقيم . 12 ـ الزائدة الدودية . 13 ـ الأعور . 14 ـ كبد 15 ـ كيس صفراوي . 16 ـ قناة كوليدوك . 17 ـ قناة معثكلية . 18 ـ معثكلة **(بنكرياس)**

مقياس الـ Coping لـ Paulhan et al- (1994)

التعليمات:

1- كيف عايشت موقف إصابتك بالمرض خلال الأشهر الأخيرة:

....

....

....

2- حددي شدة الضغط و التوتر الذي سببه لك المرض و ذلك بوضع علامة (×) أمام المستوى المناسب: منخفض ☐ متوسط ☐ مرتفع ☐

3- أشيري بعلامة (×) إلى الاستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها أو لم تستعمليها في التعامل مع الضغط النفسي:

رقم	البنود	لا	إلى حد ما لا	نعم	إلى حد ما نعم
1	وضعت خطة عمل و اتبعتها				
2	تمنيت لو كنت أكثر قوة و أكثر تفاؤلا و حسما				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت لتحقيق ما أردته				
5	تغيرت إلى الأحسن				
6	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
7	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
8	تضايقت لعدم قدرتي على تغيير الوضعية				
9	ركزت على الجانب الايجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناقشت مع شخص آخر لأعرف أكثر عن المرض				
11	تمنيت لو حدثت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من الوضعية				
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				
14	أنبت نفسي				
رقم	البنود	لا	إلى حد ما لا	نعم	إلى حد ما نعم
15	احتفظت بمشاعري لنفسي				

16	تفاوضت للحصول على شيء ايجابي				
17	تخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي أنا فيه				
18	حاولت عدم التصرف بتسرع أو اتباع أول فكرة خطرت لي				
19	رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا				
20	أدركت أنني سبب المشاكل				
21	حاولت عدم البقاء لوحدي				
22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن				
23	قبلت عطف و تفهم شخص				
24	توصلت إلى حل أو حلين للمشكلة				
25	حاولت نسيان كل شيء				
26	تمنيت لو استطعت تغيير وضعي				
27	عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت ما بوسعي للوصول إلى ما أريد				
28	عدلت أشياء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل				
29	انتقدت نفسي أو بختها				

تنقيط مقياس البحث:

*** حل المشكل:**

البند / المجموع	1	4	6	13	16	18	24	27

*** التجنب:**

البند / المجموع	7	8	11	17	19	22	25

*** الدعم الاجتماعي:**

البند / المجموع	3	10	15	21	23

*** إعادة تقييم الايجابي:**

البند / المجموع	2	5	9	12	28

*** التأنيب الذاتي:**

البند / المجموع	14	20	26	29

المجموع الكلي للإجابات	
الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال	
الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل	

نتائج تطبيق مقياس الـ Coping على المصابات
بداء السكري من النمط الأنسوليني

داء السكري من النمط الانسوليني			
الأفراد	الانفعال	حل المشكل	المجموع الكلي
1	31	34	65
2	32	34	66
3	37	31	68
4	36	39	75
5	32	37	69
6	26	23	49
7	31	40	71
8	31	37	68
9	38	31	69
10	28	30	58
11	36	27	63
12	38	32	70
13	37	37	74
14	28	32	60
15	32	34	66
16	38	28	66
17	36	24	60
18	35	31	66
19	27	24	51
20	37	30	67
21	36	33	69
22	36	31	67
23	28	37	65
24	32	36	68
25	36	31	67

نتائج تطبيق مقياس الـ Coping على المصابات بداء السكري من النمط الغير أنسوليني

داء السكري من النمط الغير أنسوليني			
الأفراد	الانفعال	حل المشكل	المجموع الكلي
1	37	33	70
2	45	32	77
3	33	29	62
4	38	37	75
5	35	27	62
6	38	37	75
7	31	34	65
8	20	29	49
9	29	29	58
10	36	38	74
11	42	30	72
12	28	31	59
13	30	37	67
14	45	35	80
15	37	35	72
16	41	23	64
17	39	31	70
18	39	34	73
19	35	28	63
20	29	33	62
21	34	28	62
22	40	29	69
23	38	30	68
24	28	32	60
25	38	34	72

نتائج تطبيق مقياس الـ Coping على المصابات
بمرض القلب اللواتي لم تجرين عملية جراحية

مرض القلب بدون إجراء عملية جراحية			
الأفراد	الانفعال	حل المشكل	المجموع الكلي
1	39	35	74
2	31	39	70
3	37	36	73
4	33	34	67
5	31	37	68
6	39	30	69
7	35	25	60
8	44	22	66
9	34	23	57
10	37	26	63
11	41	34	75
12	34	32	66
13	38	32	70
14	38	30	68
15	39	34	73
16	36	26	62
17	44	28	72
18	30	28	58
19	32	32	64
20	37	25	62
21	40	28	68
22	29	32	61
23	24	27	51
24	28	31	59
25	36	29	65

نتائج تطبيق مقياس الـ Coping على المصابات
بمرض القلب اللواتي أجرين عملية جراحية

عملية جراحية بالقلب			
الأفراد	الانفعال	حل المشكل	المجموع الكلي
1	41	37	78
2	37	38	75
3	32	38	70
4	28	28	56
5	32	22	54
6	44	29	73
7	35	28	63
8	39	24	63
9	40	29	69
10	41	23	64
11	45	35	80
12	42	30	72
13	32	45	77
14	46	23	69
15	44	30	74
16	35	27	62
17	35	34	69
18	44	35	79
19	41	22	63
20	49	25	74
21	46	23	69
22	43	23	66
23	42	27	69
24	41	26	67
25	43	25	68

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	325.833[a]	306	.208
Rapport de vraisemblance	120.576	306	1.000
Association linéaire par linéaire	1.752	1	.186
Nombre d'observations valides	25		

a. 342 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	240.278[a]	221	.178
Rapport de vraisemblance	104.079	221	1.000
Association linéaire par linéaire	2.408	1	.121
Nombre d'observations valides	25		

a. 252 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	281.250[a]	289	.617
Rapport de vraisemblance	118.988	289	1.000
Association linéaire par linéaire	.906	1	.341
Nombre d'observations valides	25		

a. 324 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
الانفعال داء السكري من النمط الانسولين * المشكل داء السكري من النمط الانسولين	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	97.257[a]	96	.445
Rapport de vraisemblance	65.437	96	.993
Association linéaire par linéaire	.019	1	.890
Nombre d'observations valides	25		

a. 117 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
انفعال2 داء السكري من النمط غير الانسوليني * مشكل2 داء السكري من النمط غير الانسوليني	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

-

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	175.000[a]	165	.282
Rapport de vraisemblance	95.081	165	1.000
Association linéaire par linéaire	.129	1	.719
Nombre d'observations valides	25		

a. 192 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
الانفعال داء السكري من النمط الانسولين * انفعال2 داء السكري من النمط غير الانسوليني	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	110.417[a]	120	.723
Rapport de vraisemblance	77.032	120	.999
Association linéaire par linéaire	.548	1	.459
Nombre d'observations valides	25		

a. 144 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
المشكل داء السكري من النمط الانسولين * مشكل2 داء السكري من النمط غير الانسوليني	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	149.688[a]	132	.139
Rapport de vraisemblance	87.305	132	.999
Association linéaire par linéaire	.572	1	.450
Nombre d'observations valides	25		

a. 156 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	200.694[a]	210	.666
Rapport de vraisemblance	101.306	210	1.000
Association linéaire par linéaire	.817	1	.366
Nombre d'observations valides	25		

a. 240 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
مجموسكر * مجموقلب	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	281.250[a]	289	.617
Rapport de vraisemblance	118.988	289	1.000
Association linéaire par linéaire	.906	1	.341
Nombre d'observations valides	25		

a. 324 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
مشكل4 عملية جراحية بالقلب * انفعال4 عملية جراحية بالقلب	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	159.896[a]	156	.399
Rapport de vraisemblance	91.262	156	1.000
Association linéaire par linéaire	2.543	1	.111
Nombre d'observations valides	25		

a. 182 cellules (100.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.